Nr. 16. 16 kwietnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. dr. A. Januszkiewicz. Wilno.

Podstawowe metody badania w diagnostyce.

Wykład wstępny przy objęciu kliniki diagnostycznej Uniwersytetu Stefana Batorego we Wilnie d. 4. II. 1922.

W bieżącym roku akademickim Wydział lekarski Uniwersytetu Stefana Batorego rozpoczął studja trzeciego kursu. Obsadzono nowe katedry i zorganizowano potrzebne zakłady i pracownie. Mnie powierzono odpowiedzialne stanowisko profesora diagnostyki i terapji ogólnej wraz z kierownictwem kliniki diagnostycznej chorób wewnętrznych. Za to wielkie odznaczenie serdecznie Wydziałowi dziękuję. Gdy jednak w tej nowej dla mnie roli po raz pierwszy tu staję, nie wiem, naprawdę, jakie uczucie we mnie przeważa: czy radość i duma, czy obawa, że zbyt trudnego podjąłem się zadania, że mi sił i umiejętności zabraknie, by godnie wywiązać się i z tych obowiązków, które na mnie wkłada ogrom współczesnej wiedzy lekarskiej, i z tych, które wynikają ze świetnych tradycyj Wszechnicy naszej.

W bieżącym roku upływa osiemdziesiąt lat od chwili, gdy wileńska medyko-chirurgiczna Akademja, została zamknięta a z nią jednocześnie istnieć przestała i klinika chorób wewnętrznych.

Historja tej kliniki jest, naprawdę, niezwykła: została ona założona w 1804—5 r. przez Jana Piotra Franka, jednego z najbardziej znanych klinicystów zachodu, który od 1784 r. kierował kolejno klinikami w Gietyndze, Pawji i Wiedniu i całe swoje wieloletnie doświadczenie włożył w organizację tej pierwszej kliniki wileńskiej. Spełniwszy to zadanie, Jan Piotr Frank wyjechał do Petersburga, a kierownictwo powierzył synowi swemu, Józefowi, byłemu profesorowi kliniki terapeutycznej w Pawji. Józef Frank świetnie prowadził klinikę w ciągu osiemnastu lat. Po nim objął ją jeden z najlepszych uczniów Franka, Wincenty Herberski, a gdy po czterech latach umarł, klinika została powierzona Jędrzejowi Śniadeckiemu, który znakomicie ją prowadził w ciągu lat jedenastu.

Po śmierci Śniadeckiego w 1838 r. dyrektorem kliniki został Feliks Rymkiewicz, który wykładał na Uniwersytecie wileńskim encyklopedję nauk lekarskich i fizjologję do 1837 r., a od tego roku patologję i terapję szczegółową. Był to czwarty i ostatni kierownik kliniki przez trzydzieści siedm lat jej istnienia, od 1. marca 1805 r. do 1. lipca 1842 r.

Gdy się myśli i mówi o klinice terapeutycznej Uniwersytetu wileńskiego, to się z nią łączy zawsze imiona Franków i Śniadeckiego, zapominając zwykle o Herberskim i Rymkiewiczu. Wynika to przedewszystkiem stąd, że ci ostatni pracowali dla kliniki nie długo, wiele zrobić nie mogli i zasług szczególniejszych położyć nie zdążyli. Byłoby jednak niesłusznem i krzywdzącem mniemanie, że to byli ludzie przeciętni, czy niedorośli do swego stanowiska. Przeciwnie, obaj stali na wysokości współczesnej wiedzy lekarskiej; wykształceni teoretycznie i praktycznie, byli oni nawet pionierami nowych fizykalnych sposobów badania klinicznego, nieznanych dotąd we Wilnie, zaś w ogólnem prowadzeniu kliniki nie odbiegali od zasad swych poprzedników. Jeżeli pomimo to jednak ci dwaj ludzie pozostali w cieniu, to winien tu ten blask oślepiający, jakim gorzała sława Franków i Śniadeckiego, sława, wobec której współzawodnictwo dla ludzi nowych było bardzo trudne i wymagało dłuższego czasu.

Chcę przez to powiedzieć, że nietylko organizator kliniki, słynny Jan Piotr Frank, nietylko Józef Frank i Jędrzej Śniadecki, lecz i Wincenty Herberski i Feliks Rymkiewicz byli wysoce wykształconymi lekarzami i utalentowanymi kierownikami kliniki i że wszyscy oni utrzymywali ją na prawdziwie wysokim poziomie. To też dzięki przedewszystkiem tym ludziom i tej klinice w ciągu krótkiego czasu na szerokim terenie wpływów Uniwersytetu wileńskiego zasadniczo zmieniły się warunki, w jakich do tego czasu znajdował się tu stan lekarski i nauka lekarska.

Przy końcu XVIII. i na początku XIX. stulecia mieliśmy tylko jeden zorganizowany Wydział lekarski na Uniwersytecie krakowskim, który nie mógł zadowolić potrzeb całego kraju. Medycyna w znacznej części spoczywała w ręku lekarzy obcych, a że i swoich i obcych naogół było niewielu, leczeniem zajmowali się także źle do tego przygotowani felczerzy, znachorzy i poprostu szarlatani. Taki stan rzeczy nie mógł dobrze usposobić społeczeństwa do lekarzy i wyrobił w niem pewną pogardę do stanu i zawodu, które oceniano jako rzemiosło, lub, co najwyżej, sztukę, najmniej jednak jako naukę. To też na początku swego istnienia Wydział lekarski Uniwersytetu wileńskiego, a więc i klinika terapeutyczna, miały bardzo mało słuchaczy i Józef Frank musiał poważnie zabiegać o to, by niechęć młodzieży do studjowania medycyny przełamać. Założone w 1805 roku przez Józefa Franka, przy czynnym udziale Jędrzeja Śniadeckiego, Towarzystwo lekarskie wileńskie wpłynęło skutecznie na zbliżenie lekarzy do społeczeństwa i znacznie podniosło powagę stanu lekarskiego. Jednak przyczynił się do tego przedewszystkiem świetny naogół stan personalny Wydziału lekarskiego i dobre postawienie klinik, co mocniej i dobitniej, niż każdy inny argument, przemawiało na korzyść zawodu lekarskiego, pojętego jako prawdziwa nauka, oddana w imię najszczytniejszych haseł na usługi cierpiącej ludzkości. Młodzież coraz tłumniej zaczęła uczęszczać na Wydział lekarski, a w okresie, gdy Śniadecki kierował kliniką, doszło do takiej frekwencji słuchaczów, że się zaczęto obawiać nadprodukcji lekarzy w kraju i żartowano, że doktorzy medycyny wyrastają jak grzyby po deszczu.

Głośna za granicą sława Franków nadała odrazu ton wileńskiej Szkole lekarskiej, ton, zgodny ze stanem całego Wydziału i z duchem całej Wszechnicy. Sława ta udzieliła się bezpośrednio klinice terapeutycznej i przetrwała przez cały czas jej istnienia dzięki godnym następcom Franków. To też, gdy w 1842 r. uderzył w nas jeden z tych gromów, które tak gęsto raziły Polskę, to zamknięto kwitnącą uczelnię i zmieniono w gruzy to, co miało wszelkie prawo do istnienia. Nad bujnem życiem zapanowała cmentarna cisza. Dziś, gdy się odwróciła szczęśliwa karta historji naszej, gdy sięgamy ręką, by odwalić kamień grobowca, chcielibyśmy powstającą zeń do nowego życia uczelnię przystroić odrazu w szaty, godne jej świetnej przeszłości. Chcielibyśmy tembardziej, że rozumiemy, jak to zadanie w obecnych warunkach jest trudne do urzeczywistnienia. To świetne kierownictwo i to uposażenie kliniki wileńskiej, które przed laty postawiło ją w szeregu najlepszych, byłoby niewystarczające w stosunku do obecnych wymagań.

Ogrom współczesnej wiedzy lekarskiej, dający do użytku kliniki wielorakie środki i sposoby rozpoznawania i leczenia, czyni pracę kliniczną coraz bardziej powikłaną i odpowiedzialną, chociaż zarazem wdzięczniejszą.

W porównaniu z tem, co było przed stu laty, stoimy wobec olbrzymiego dorobku naukowego. Fizjologja i chemja lekarska, patologja ogólna, anatomja patologiczna, bakterjologja z serologją i rentgenografja znakomicie się przyczyniły do pogłębienia nauki o chorobach wewnętrznych i do rozwoju diagnostyki.

W okresie tym zmieniły się zasadniczo pojęcia o etiologji chorób. Dzięki temu jednostki chorobowe całkiem różne, a zmieszane w jedno tylko na podstawie pozornego podobieństwa, zostały ściślej określone i wyodrębnione, z dru-

giej zaś strony na zasadzie jedności etiologicznej połączono we wspólne grupy pozornie całkiem niepodobne do siebie sprawy. W tej klasyfikacji chorób odegrała pierwszorzędną rolę bakterjologja i anatomja patologiczna, wprowadzając ściśle naukowe dane na miejsce zdobytych zwykłe spostrzeganiem lub nawet tylko wyrozumowanych. Anatomja patologiczna w sojuszu z kliniką dała podstawę do świetnego rozwoju diagnostyki anatomicznej, często bardzo subtelnej w określaniu i miejsca i charakteru zmian, a jednak pomimo to całkiem pewnej. Kierunek ten dał olbrzymie korzyści, jednak, jak się z czasem okazało, anatomja patologiczna nie zdołała wytłumaczyć nam wielu objawów chorobowych i dać odpowiedzi na rozmaite pytania, powstające przy łóżku chorego. Dla wyjaśnienia takich spraw na pomoc anatomji patologicznej przyszła w dalszym rozwoju nauki patologja ogólna, wprowadzając badania nad sprawnością czynnościową poszczególnych narządów i układów. Na tej drodze zdobyto znowu cały szereg danych, znakomicie wzbogacających patologję szczegółową i metody diagnostyczne. W ten sposób zaczęła się rozwijać diagnostyka czynnościowa, dopełniająca rozpoznawanie anatomiczne. Ale w ocenie stanu poszczególnych narządów interesuje nas nietylko charakter i stopień zmian anatomicznych i zaburzeń funkcjonalnych, lecz również i ten zasób sił i energji, jakim rozporządza dany narząd, czy to chory, czy nawet zdrowy, o ile w warunkach danej choroby na nim właśnie oparte jest rokowanie co do dalszego przebiegu sprawy i losu chorego. Jest to już diagnostyka czynnościowa o charakterze „potencjalnej“, dająca nam cenne wskazówki i co do rokowania i co do leczenia. Z pojęciem o sprawności czynnościowej i energji potencjalnej poszczególnych narządów wiąże się ogólne zagadnienie konstytucji. Zagadnienie to, tak stare, jak medycyna, rozmaicie pojmowane i rozwiązywane, zostało poddane dzięki Martiusowi w ciągu ostatnich dziesięciu lat ściślejszej naukowej rewizji. Ocena konstytucji, pojętej w znaczeniu dynamicznem, chociaż niewątpliwie związanej z organizacją danego ustroju, jest tem tłem, na którem także opieramy obecnie w pewnym stopniu nasze rozpoznanie, a przedewszystkiem rokowanie.

Otóż, zgodnie z powyższem, w naszem rozpoznaniu lekarskiem uwzględniamy obecnie następujące tego rozpoznania części składowe: 1) obraz kliniczny, t. j. skargi chorego i przypadłości, 2) zmiany anatomiczne, 3) zmiany czynnościowe, 4) pierwiastek etiologiczny i 5) pierwiastek konstytucyjny. Dopiero uwzględnienie tych wszystkich pozycyj prowadzi do takiego rozpoznania, które nam daje pełny obraz i na którem możemy oprzeć leczenie i rokowanie.

Aby zadość uczynić tym wymaganiom, posługujemy się obecnie w diagnostyce wieloma sposobami badania klinicznego, zacząwszy od fizykalnych, z których najważniejszemi są: oglądanie, opukiwanie, osłuchiwanie i obmacywanie, a kończąc na tych wszystkich metodach, które nam daje fizjologja, chemja, bakterjologja, serologja, elektro- i rentgenodiagnostyka. Te metody laboratoryjne niezwykle się rozwinęły w ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat. Każdy dział chorób wewnętrznych rozporządza wielką ich ilością. Metody te przeważnie posługują się specjalnemi przyrządami, z których jedne są dość proste i łatwe w użycin, inne bardzo złożone, drogie i wymagające specjalnych studjów dla umiejętnego obchodzenia się z niemi. Gdybym chciał tylko wyliczyć te wszystkie przyrządy i nazwać metody laboratoryjne, służące do celów diagnostyki w chorobach zakaźnych, w hematologji, w chorobach układu krwionośnego, oddechowego i trawiennego, w chorobach nerek, wymiany materji i t. d., to samo wyliczanie tych nazw zajęłoby niemało czasu.

Wartość tych metod jest rozmaita: jedne z nich wyjaśniają nam w formie kategorycznej istotę choroby, inne, z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem, znów inne służą do wyjaśnienia rozmaitych szczegółów danego cierpienia i w ten sposób pogłębiają jego poznanie. Gdybym sięgnął po porównanie do sztuki malarstwa, tobym powiedział, że obecny stan diagnostyki daje nam często znakomicie wykończone obrazy, gdzie każdy szczegół jest żywy i dużo mówi, a czasem jeszcze musimy poprzestawać na szkicu, dającym tylko zarys ogólny.

Rozmaite choroby gorączkowe zakaźne często nie mogą być rozpoznane na podstawie przebiegu klinicznego i danych badania fizykalnego, nietylko w pierwszym swym okresie, lecz nieraz i później, o ile osutka nie występuje w swym zwykłym terminie, nie jest typowa lub wcale jej niema. Często stajemy wobec zagadnienia, co mamy przed sobą: dur brzuszny, osutkowy, czy gorączkę powrotną, dur brzuszny czy paratyfus, dur brzuszny czy ostrą gruźlicę rozsianą. Często stajemy w niepewności wobec nietypowo przebiegającej zimnicy lub włóknikowego zapalenia płuc, wylegającego się skrycie, w głębi płata i t. d.

W większości takich przypadków badanie krwi wykrywa istotny charakter cierpienia albo drogą bezpośredniego wykazania zarazka w osoczu lub w ciałkach krwi, albo metodą pośrednią, aglutynacyjną lub metodą odchylania dopełniacza. W innych przypadkach drogą obliczania ilości białych ciałek krwi i ich wzajemnego stosunku otrzymujemy dane, zbliżające nas przynajmniej do tego rozpoznania. W przypadkach chorób zakaźnych poddajemy badaniu w celach diagnostycznych także rozmaite wydaliny i wydzieliny.

Jeżeli u wychudzonego chorego, który przez czas dłuższy kaszle, gorączkuje i poci się rankami, znajdujemy przytłumienie nad jednym ze szczytów płucnych, zaostrzony szmer oddechowy, przedłużony wydech o charakterze nieokreślonym lub oskrzelowym, a przytem rzężenia trzeszczące po kaszlu, to, opierając się na tym bardzo wyraźnym zespole objawów, rozpoznamy gruźlicę płuc. W olbrzymiej większości przypadków będziemy mieli zupełną słuszność, w niektórych jednak takich przypadkach, pomimo wielokrotnych badań plwociny, laseczników gruźliczych w niej nie znajdziemy i pomimo najracjonalniejszego leczenia poprawy nie otrzymamy, aż w końcu, zbadawszy krew chorego metodą Wassermanna, przekonamy się, że choroba, tak uderzająco podobna do gruźlicy, powstała na tle kiły. Odnośne leczenie da tu w stosunkowo prędkim czasie zupełną poprawę.

W chorobie nerek dla dokładnego zdania sobie sprawy, z jaką postacią mamy do czynienia, z zapaleniem nerek, nefrozą, czy postacią mieszaną, a także do wyjaśnienia, o ile sprawa jest posunięta i czy nie grozi bliską mocznicą, przy mocznicy zaś określenie rodzaju jej, wszystko to wymaga, poza metodami fizykalnemi, także badania laboratoryjnego moczu, chemicznie i mikroskopowo, przerobienia próby wodnej i koncentracyjnej, określenia sfygmomanometrycznie wysokości parcia krwi, zawartości azotu niebiałkowego lub stężenia drobinowego surowicy krwi. Te badania laboratoryjne wyjaśnią nam, z jakiemi zmianami patologo-anatomicznemi, a jeszcze pewniej, z jakiemi zmianami czynnościowemi mamy tu do czynienia, dadzą wskazówki co do leczenia, a w ostrej mocznicy wyjaśnią, czy mamy zastosować upust krwi, czy nakłucie lędźwiowe.

Ważna z chirurgicznego punktu widzenia sprawa usunięcia chorej nerki wymaga ścisłego określenia zdolności czynnościowej drugiej nerki. W tym celu drogą cewnikowania moczowodów otrzymujemy możność zbadania każdej nerki z osobna, przerabiając badanie moczu na patologiczne składniki i stosując próbę barwikową z błękitem metylenowym lub karminem i inne, których jest cały szereg.

Może w żadnej innej dziedzinie chorób wewnętrznych nie było tyle trudności w zróżcniczkowaniu rozmaitych jednostek chorobowych, co w patologji żołądka, w tej epoce, kiedy musiano opierać się tylko na skargach chorego i na badaniu fizykalnem. Metodyczne, gruntowne badanie jamy brzusznej przy pomocy oglądania, opukiwania, a szczególnie obmacywania, powstało i zaczęło się popularyzować zaledwie w ostatnich latach ubiegłego stulecia. Przedtem była to dziedzina całkiem dziewicza, ograniczająca wyniki badania do najprostszych, mało mówiących wniosków. Pozostawała, jako jedyne oparcie, symptomatologja, zbierana drogą wywiadów. Otóż co do tego, to wiemy, jak zazwyczaj niepewne dane otrzymujemy drogą wywiadów, jeżeli chodzi

o choroby żołądka. Nawet obecnie, znając dobrze symptomatologję tych chorób, często nie możemy drogą najracjonalniej zadawanych pytań otrzymać takich wskazówek, któreby nas upewniły co do istotnego charakteru cierpienia. Badanie fizykalne, jakiem rozporządzamy obecnie w tej dziedzinie, daje nam pewne wyniki wtedy, gdy chodzi o wyraźne zmiany anatomiczne, a więc o zmiany w pozycji i objętości żołądka, upośledzenie zdolności ruchowej, guzy, o ile są dość duże i umiejscowione w okolicach, dostępnych badaniu, i t. p. Patologja żołądka pozostałaby dotychczas ciemną i zawiłą, gdyby nie przyszła nam na pomoc diagnostyka czynnościowa z chwilą, gdy Leube zastosował do badań żołądka zgłębnik i gdy nauczyliśmy się badać chemicznie i mikroskopowo zawartość żołądka. Dzięki tej metodzie rozpoznajemy obecnie cały szereg chorób żołądka, opartych na zmianach czynnościowych i anatomicznych, z całą ścisłością. Oprócz tej metody uciekamy się w chorobach żołądka do rentgenografji, która daje nam tutaj znakomite wyniki, najczęściej jako dane uzupełniające. Przy pomocy rentgenografji rozpoznajemy tu zmiany anatomiczne i niektóre zaburzenia czynnościowe.

W rozpoznawaniu chorób serca posunęliśmy się bardzo daleko, najpierw dzięki anatomji patologicznej i wydoskonalonym metodom badania fizykalnego, następnie — dzięki metodom badania czynnościowego. Przy pomocy oglądania, opukiwania, osłuchiwania i obmacywania określamy, czy sprawa obejmuje osierdzie, mięsień sercowy, czy jest ostra, czy przewlekła, świeża, czy dawna. W wadach zastawkowych odróżniamy wrodzone od nabytych i z wielką ścisłością określamy, do których otworów należy je odnieść i czy są proste, czy złożone.

W bardziej zawiłych przypadkach schorzeń serca, szczególnie gdy chodzi o zmiany w mięśniu jego, uciekamy się do sposobów pomocniczych, więc przedewszystkiem graficznych: zapisujemy przy pomocy sfygmografu krzywą tętna lub zapomocą poligrafu zapisujemy naraz dwie lub trzy krzywe — z tętnicy sprychowej, żyły szyjnej i koniuszka serca. Gdy te dane nie wystarczają, dopełniamy je badaniem prądów elektrycznych mięśnia sercowego otrzymując odnośną krzywą przy pomocy elektrokardjografu. Dzięki metodzie graficznej dochodzimy do takich szczegółów w rozpoznawaniu, że np. przy niemiarowości możemy określić, jaką drogą powstała, czy wskutek zaburzeń w wytwarzaniu się podniet i w którym mianowicie węźle, czy wskutek zmian w pobudliwości mięśnia sercowego, czy w kurczliwości, czy w przewodnictwie. Dzięki metodzie graficznej rozpoznajemy blok sercowy, prowadzący do rozkojarzenia czynności rozmaitych odcinków serca, a także trzepotanie przedsionków przy niemiarowości zupełnej. Ważną sprawę zależności serca od stanu obwodowych naczyń krwionośnvch i nerek wyjaśniamy, pomiędzy innemi sposobami, przedewszystkiem drogą mierzenia parcia krwi zapomocą sfygmomanometru. Wielkie usługi w rozpoznawaniu chorób serca oddaje nam również rentgenografja, szczególnie gdy chodzi o zmiany w pniach dużych naczyń.

Rozstrzyganie takich zawiłych zagadnień diagnostyki stało się możliwem dopiero przy obecnym jej stanie.

Cóż znajdziemy w tej dziedzinie, gdy się cofniemy do pierwszej połowy XIX. w. i przebiegniemy myślą te trzydzieści siedem lat istnienia kliniki terapeutycznej wileńskiej, które były jednak niezmiennie latami jej chwały?

Z danych historycznych wiemy, że gwałtowny rozwój nauk lekarskich przypada na drugą połowę XIX. stulecia. Dzięki pracom Pasteura i Kocha powstaje i rozkwita bakterjologja, rozwija się potężnie anatomja patologiczna Virchowa, chemja fizjologiczna wyodrębnia się jako samodzielna nauka. Serologja rozwija się dopiero przy końcu XIX. w. Roentgen zaś odkrywa swoje promienie X zaledwie w 1895 r. Słowem wszystkie te gałęzie wiedzy lekarskiej albo wcale jeszcze nie były znane ówczesnym kierownikom kliniki wileńskiej, albo istniały zaledwie w zarodku. Jaki był ówczesny stan fizjologii, dowiadujemy się ze wstępnego wykładu Józefa Franka, który powiada, że „z powodu licznych hipotez nie może ona służyć za podstawę dla patologji". Dok. n.

Doc. dr. Jakób Rothfeld, asystent kliniki ch. nerw. Lwów.

Badania doświadczalne nad wpływem półkul mózgowych, międzymózgowia i śródmózgowia na odczyny ruchowe z narządu przedsionkowego ucha.

Z Zakładu fizjologji Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

(Dokończenie)

W przeważnej części grupy 3 i 4 doświadczeń niszczyliśmy równocześnie wraz z ośrodkami zwrotu skrętu także ośrodek dla szybkiego ruchu nystaktycznego głowy, a więc obok »z« i »s« także ośrodek »Ng« po tej samej stronie. W pewnej części doświadczeń wywoływaliśmy obrażenia pnia mózgowego tylko na ograniczonych przestrzeniach bez naruszenia całości pnia mózgowego, tak że tylko poszczególne ośrodki ulegały zniszczeniu. Spotykamy tu doświadczenia, należące do grupy drugiej, w których wybitnym objawem pooperacyjnym jest zwrot głowy ku jednej stronie, zwrot, który jest następstwem niedowładu (a nie porażenia) drugiego ośrodka zwrotu dla powolnego ruchu nyst. głowy (»z«) lub następstwem podrażnienia ośrodka »z« po tej stronie, ku której głowa jest zwrócona. Przyjmijmy zatem, że jeden ośrodek zwrotu przeważa nad drugim np. »z« lewy przeważa nad »z« prawym (ryc. 4). Następstwem tego będzie zwrot głowy ku stronie lewej ewentualnie manege ku stronie lewej. Drżenie głowy daje się wywołać ku prawej i ku lewej stronie, jednak ku stronie prawej będzie silniejsze, niż ku lewej, gdyż powolny ruch głowy, zwrot ku lewej w czasie drżenia głowy ku prawej jest silniejszy, niż zwrot ku prawej w czasie drżenia głowy ku lewej; wykazaliśmy wyżej, że drżenie głowy jest silniejsze tam, gdzie powolna składowa jest silniejsza. Tego rodzaju doświadczenia zostały zaprotokołowane.

Przyjmijmy dalej, że ośrodek »z« prawy jest porażony (ryc. 5), wtedy drżenie głowy ku prawej, a więc ku operowanej, będzie zachowane, drżenia głowy na lewo nie będzie, ponieważ niema zwrotu głowy ku stronie prawej. W doświadczeniach tego rodzaju stwierdziłem, że zwrot głowy ku stronie zdrowej jest zachowany, a drżenia głowy ku stronie zdrowej brak; równocześnie brak powolnego ruchu głowy ku stronie operowanej. Ten fakt przemawia zatem, że dla ujawnienia się działania ośrodka »Ng« nieodzownie potrzebne jest pobudzenie ośrodka dla powolnego ruchu głowy i że skoro tego brak, drżenie głowy nie może wystąpić mimo, że ośrodek dla szybkiego ruchu głowy jest nienaruszony.

Możemy sobie dalej wyobrazić oddzielne uszkodzenia ośrodka skrętu np. »s« prawego; wtedy przeważa »s« lewy i »z« prawy; zahamowany zostaje skutkiem tego »z« lewy tak, że drżenia głowy ku stronie prawej nie będzie, a drżenie głowy na lewo będzie zachowane (ryc. 6). Doświadczenia udałe potwierdzają te przypuszczenia.

Z powyższych doświadczeń wynika dalej ważny fakt, że powolny ruch głowy jest nieodzownie potrzebny dla odczynu ruchowego głowy, dla drżenia głowy i że ten ruch głowy jest pierwotny, fakt analogiczny, jak przy oczopląsie ocznym. Widzieliśmy bowiem, że tam, gdzie brak jest tej powolnej składowej, tam i drżenia głowy brak, mimo, że ośrodek dla szybkiego ruchu jest zachowany. To mogłoby przemawiać przeciwko istnieniu ośrodka dla szybkiego ruchu i możnaby przyjąć, że drżenie głowy jest wynikiem gry między ośrodkami dla powolnego ruchu, tj. ośrodkami zwrotu ku prawej i lewej stronie, że jeżeli ośrodek zwrotu, np. po prawej, jest podrażniony i głowa zwraca się na prawo, to w tym czasie jest ośrodek zwrotu po lewej zahamowany, sam zaś zwrot głowy ku prawej jest bodźcem dla lewego ośrodka i głowa zwraca się ku lewej. Przeciw temu jednak przemawia fakt, że możemy od zielnie sprowadzić ubytek szybkiego i oddzielnie ubytek powolnego ruchu głowy; dalej przemawia za istnieniem tych ośrodków grupa 2 doświadczeń, w których powolny ruch głowy jest zachowany, a szybkiego brak. Nie ulega wątpliwości, że ośrodek dla szybkiego ruchu jest tym ośrodkiem, który z jednej strony reguluje stosunek ośrodka zwrotu lewego do prawego, z drugiej strony ma on za zadanie wyrównywanie nienormalnego ustawienia głowy, spowodowanego bodźcem błędnikowym. Szybki ruch głowy w czasie drżenia głowy znosi powolny ruch, co jest bardzo ważne

z tego względu, że ruch ten wpływa na utrzymanie równowagi ciała, zaburzonej przez zadrażnienie błędników. Tu przychodzimy do dalszych wniosków, które nam się nasuwają z naszych doświadczeń, a mianowicie do zmian w odczynach ruchowych, spowodowanych obrażeniami pojedyńczych części pnia mózgowego.

Odczyn ruchowy ciała jest zależny od odczynu ruchowego głowy, jak to wykazałem w jednej z prac dawniejszych i o czem już wspomniałem przy omawianiu doświadczeń grupy 2. Zależność jest tak ścisła, że, o ile odczynu ruchowego głowy brak, to brak wogóle odczynu ruchowego tułowia i kończyn. Zostańmy przy odczynie ruchowym w czasie poziomego oczopląsu, to znaczy przy odczynie kołowania *(manege)*. Z doświadczeń obecnie przytoczonych wynika, że tam, gdzie odczyn ruchowy głowy jest zmieniony, lub gdzie go zupełnie brak, tam niema odczynu kołowania. Prawie we wszystkich doświadczeniach mamy w miejsce kołowania po kręceniu przy poziomo ustawionej głowie padanie ku stronie zdrowej, — drżenia głowy brak ku stronie zdrowej — czyli, że zwierzę pada ku tej stronie, ku której brak drżenia głowy. Jeżeli np. brak drżenia ku lewej, to zwierzę pada na lewo zamiast kołować ku prawej, z czego wynika, że zadrażnienie błędnika przy poziomo ustawionej głowie powoduje padanie ku stronie przeciwnej, aniżeli kierunek obrotów na krześle; w naszym przykładzie brak drżenia głowy ku lewej, a więc po 10 razy w prawo występuje zamiast kołowania *(manege)* w prawo padanie na lewo. Z tego możemy dalej wnosić, że w warunkach fizjologicznych padanie ku stronie lewej, które miałoby wystąpić po dziesięciu obrotach w prawo, zostaje zniesione przez szybkie ruchy nystaktyczne głowy ku stronie lewej, z następowemi obrotami ciała ku prawej. Jeżeli z jakichkolwiek powodów brak jest drżenia głowy ku jednej i drugiej stronie, wystąpi po 10 razy w prawo padanie w lewo, a po 10 razy w lewo padanie na prawo, a więc tak jak w warunkach fizjologicznych po kręceniu przy pionowo ku górze ustawionej głowie. Tak więc należy uważać drżenie głowy jako czynnik regulujący równowagę ciała zaburzoną zadrażnieniem błędników.

Z powyższego wynika dalej, że kołowanie *(manege)* jest do pewnego stopnia zmodyfikowanempadaniem, ruchem, który występuje w miejsce padania; jest ono ruchem, zapomocą którego zwierzę broni się przed padaniem. Świadczy o tym stosunku kołowania do padania porównanie poszczególnych grup naszych doświadczeń. I tak w drugiej grupie mamy brak drżenia głowy ku stronie zdrowej i padanie ku zdrowej w miejsce manege ku operowanej, w grupie trzeciej obok tych objawów jeszcze s a m o i s t n e k o ł o w a n i e ku stronie zdrowej, w grupie czwartej występuje już s a m o i s t n e w y r a ź n e p a d a n i e znowu ku stronie zdrowej. W drugiej i trzeciej grupie wykazujemy padanie ku zdrowej zapomocą drażnienia błędników p r z e z k r ę c e n i e przy poziomo ustawionej głowie, w grupie czwartej padanie to już występuje s a m o i s t n i e.

Zdawałoby się, że, skoro manege jest osłabionem padaniem, to w tych przypadkach, w których odczyn kołowania jest zastąpiony padaniem, będzie odczyn padania, po kręceniu przy pionowo ustawionej głowie, silniejszy ku tej stronie, ku której mamy *spontan manege* (grupa 3). Tymczasem tak nie jest, zarówno w grupie 2. jak i 3. odczyn padania jest zachowany, a zaburzenia w tym odczynie występują dopiero w grupie 4. tam, gdzie jako następstwo zabiegu operacyjnego występuje skręt głowy skutkiem uszkodzenia ośrodka »s«. Fakt ten świadczy o tem, że odczyn padania niema nic wspólnego z odczynem ruchowym głowy, z poziomem drżenia głowy i że jest w ścisłym związku z ośrodkiem skrętu głowy. Za zależnością odczynu padania od tego ośrodka przemawiają dalej doświadczenia, w których przyjęliśmy uszkodzenia poszczególnych ośrodków np. z w r o t u wzgl. s k r ę t u przy zachowanych ośrodkach dla szybkiego ruchu głowy, i tak w przypadkach, w których przyjęliśmy przewagę jednego ośrodka »z«, odczyn padania jest zachowany ku obu stronom, podobnie jak w grupie 2 i 3. Ten fakt, ża padanie zależy od ośrodka skrętu, kazał nam zwracać baczną uwagę na zachowanie się odczynu ruchowego głowy po kręceniu przy pionowo ku górze zwróconej głowie. Niejednokrotnie można było obok zaburzeń w drżeniu głowy stwierdzić przy pionowo ustawionej głowie, że skręt głowy ku jednej lub drugiej stronie jest słabszy, albo, że go zupełnie brak. Tak np. stwierdziliśmy w niektórych doświadczeniach obok zaburzeń w drżeniu głowy różnicę w nasileniu skrętów głowy, które np. ku stronie prawej były silniejsze, aniżeli ku stronie lewej, a w łączności z tem i padanie ku stronie prawej było silniejsze. Wynika z tego, że w tym przypadku obok zaburzeń w ośrodku »z« mamy także zaburzenia w ośrodku »s«, a wyrazem tego jest wzmożony odczyn padania ku jednej stronie. Przy uszkodzeniu samego »s« po jednej stronie mamy brak odczynu padania ku stronie uszkodzonego ośrodka.

Te fakty przemawiają za tem, że przyjęcie oddzielnego ośrodka dla skrętu głowy, jest uzasadnione, a dalej przemawiają znowu za słusznością teorji przezemnie wygłoszonej, że brak odczynu ruchowego głowy jest powodem braku odczynu ruchowego tułowia.

Pozostaje do omówienia wpływ doświadczalnych obrażeń mózgu na odczyny ruchowe ku przodowi i ku tyłowi po obracaniu zwierzęcia przy bocznem ułożeniu ciała, względnie głowy. Skoro odczyny ruchowe ciała są w bezpośredniej zależności od odczynu ruchowego głowy, a dla odczynu głowy przyjęliśmy ośrodki dla szybkiego i dla powolnego ruchu drżenia głowy, jakoteż dla skrętu głowy, to zdawałoby się, że muszą istnieć także ośrodki dla ruchu głowy ku stronie brzusznej i stronie grzbietowej, ruchy, które są miarodajne przy odczynie ruchowym ku przodowi i ku tyłowi. W naszych doświadczeniach tylko w niektórych przypadkach stwierdziliśmy zmianę w ustawieniu głowy, a mianowicie zwrot ku dołowi przy równoczesnym skręcie głowy, przytem jednak odczyn ruchowy ku przodowi i ku tyłowi był zachowany. W żadnej z przytoczonych grup doświadczeń nie spotykamy stałych ubytków w odczynach ruchowych ku przodowi i ku tyłowi, tak, że nie jesteśmy uprawnieni do wysnuwania jakichkolwiek wniosków w tym kierunku. Przypuszczenie, że odczyny ruchowe ku przodowi i ku tyłowi mogłyby być wynikiem symetrycznego działania obustronnych ośrodków »z« i »s«, — przy poziomem ustawieniu głowy zostaje zadrażniony głównie »z«, przy pionowym »s«, a przy bocznem możnaby przyjąć zadrażnienie »z« i »s« po obu stronach — nie znajduje uzasadnienia w naszych doświadczeniach, gdyż doświadczenia z obustronnem wycięciem półkól mózgowych wraz ze śródmózgowiem wykazują, że odczyny ku przodowi i ku tyłowi są zachowane. Doświadczenia moje, B a r a n y'ego i R e i c h a wykazały, że po decerebracji odczyny te były również zachowane, nawet po dodatkowem usunięciu móżdżku. Pozostała wobec tego możliwość, że odczyny te są umiejscowione w rdzeniu przedłużonym; tymczasem doświadczenia moje w tym kierunku przeprowadzone przypuszczenia tego nie potwierdziły. Tu należy uczynić jedno zastrzeżenie, które wypowiedziałem przy sposobności ogłoszenia wyników tych doświadczeń, a mianowicie, że możliwe jest, że zupełnie symetryczne uszkodzenia rdzenia przedłużonego, w obszarze jądra Deitersa, mogą spowodować ubytek odczynów ruchowych ku przodowi względnie ku tyłowi. I obecne doświadczenia na międzymózgowiu i śródmózgowiu również na tę możliwość wskazują. Należy jednak w tem miejscu zaznaczyć, że obrażenia międzymózgowia i śródmózgowia nie pozostają bez wpływu na te odczyny ruchowe; i tak w doświadczeniach grupy 2 i 3 mamy prawie jako stały objaw w czasie reakcji ku tyłowi zwrot całego ciała ku stronie zdrowej, a w niektórych doświadczeniach grupy 4. toczenie się ciała około osi długiej w czasie reakcji ku przodowi i ku tyłowi. Nie jest wykluczone, że ośrodki w międzymózgowiu, względnie w śródmózgowiu umiejscowione, mają za zadanie regulować kierunek ruchu w czasie reakcji ku przodowi i ku tyłowi, które same przez się zostają wywołane w ośrodkach, w rdzeniu przedłużonym.

Jeżeli powyższe objawy, które poznaliśmy przy obrażeniach między- i śródmózgowia, porównamy z objawami wywołanymi obrażeniami rdzenia przedłużonego lub błędników, względnie poszczególnych łuków błędnikowych, to zobaczymy, że jakość tych objawów jest tasama, tylko, że kierunek za-

burzeń ruchowych jest przeciwny. W doświadczeniach moich nad wpływem doświadczalnych obrażeń rdzenia przedłużonego na odczyny błędnikowe, odróżniłem trzy większe grup objawów, zależnie od umiejscowienia i rozległości obrażenia. W grupie A) mamy następujące objawy: skręt głowy ku operowanej, samoistne padanie ku operowanej, brak odczynu kołowania (*manege*) ku operowanej, brak odczynu padania ku zdrowej. W grupie B): skręt głowy ku operowanej, brak odczynu kołowania ku obu stronom (zwierzę toczy się ku operowanej), brak odczynu padania ku zdrowej. W grupie C): zwrot głowy ku operowanej, odczyn kołowania słabszy ku operowanej, odczyn padania silniejszy ku operowanej. Różnica między temi grupami jest zatem tylko ilościowa, gdyż wspólną cechą jest patologiczne ustawienie głowy ku stronie operowanej, brak, względnie obniżenie odczynu kołowania ku operowanej, względnie ku obu stronom, jak w grupie B, brak, względnie osłabienie odczynu padania ku zdrowej. Jeżeli te ogólne cechy zestawimy z objawami naszych obecnych doświadczeń, to mamy tylko różnicę co do kierunku, gdyż w naszych doświadczeniach mamy również nieprawidłowe ustawienie głowy, ale ku stronie zdrowej, samoistne padanie ku stronie zdrowej, odczyn padania silniejszy ku zdrowej. Brak odczynu kołowania ku obu stronom w grupie B) znajduje analogję w grupie 4 obecnych doświadczeń, w których również odczyn ruchowy przy poziomo ustawionej głowie jest zastąpiony przez objawy samoistnego padania.

Jeżeli teraz zestawimy te objawy z objawami, jakie dają obrażenia samego błędnika, to zobaczymy, że w głównych zarysach pokrywają się z objawami po obrażeniu rdzenia przedłużonego. Również i obrażenia poszczególnych łuków błędnikowych dają zbiór objawów analogiczny ze zbiorem objawów przy pewnych obrażeniach rdzenia przedłużonego, względnie przy pewnych obrażeniach pnia mózgowego, jednak co do kierunku przeciwny. Podobnie, jak pomiędzy objawami poszczególnych grup, przy obrażeniach rdzenia przedłużonego (grupa A. B. C) jest tylko różnica ilościowa, tak samo mamy tylko ilościową różnicę w objawach po zniszczeniu pojedyńczych łuków błędnikowych; i tak najgwałtowniejsze objawy mamy po zniszczeniu przedniego łuku pionowego, objawy odpowiadające objawom w grupie B wspomnianych doświadczeń, którym odpowiada ognisko ciągnące się w rdzeniu przedłużonym od jądra IX do kolanka nerwu VII. Zupełnie analogiczne objawy z objawami przy wycięciu przedniego łuku pionowego, względnie z objawami w grupie B) stwierdzonemi, tylko co do kierunku przeciwne, znajdujemy w grupie 4 obecnych naszych doświadczeń, które odnieśliśmy do uszkodzenia śródmózgowia. Podobna analogja da się przeprowadzić między innemi doświadczeniami na błędniku, rdzeniu przedłużonym i międzymózgowiem. Zaznaczyłem tu tylko analogję w grubszych zarysach, nie mogąc wchodzić w szczegóły z tego powodu, że w czasie badań moich nad błędnikiem i rdzeniem przedłużonym, nie zwracałem jeszcze uwagi na poszczególne objawy, których doniosłość poznałem dopiero w czasie obecnych badań, tak np. nie zwracałem wtedy jeszcze uwagi na stosunek drżenia głowy do odczynu kołowania, ani na stosunek między powolnym, a szybkim ruchem głowy w czasie drżenia głowy itd. itd. Niewątpliwie jednak przytoczone już wyżej analogje co do jakości zmian i różnicy co do jakości zmian i różnicy co do kierunku świadczą o ścisłym związku ośrodków w śródmózgowiu wzgl. międzymózgowiu z ośrodkami w rdzeniu przedłużonym i z narządem obwodowym, t. j. błędnikiem, i że połączenie pomiędzy temi ośrodkami jest skrzyżowane w ten sposób, że lewy błędnik i lewostronne ośrodki w rdzeniu przedłużonym połączone są z prawostronnemi ośrodkami w między- względnie śródmózgowiu. Jest wielce prawdopodobne, że pojedyńczym łukom błędnikowym odpowiadają poszczególne ośrodki reprezentowane przez obszar jądra Deitersa, i że te są połączone z poszczególnemi ośrodkami w śródmózgowiu względnie międzymózgowiu po stronie przeciwnej.

Drogą, na której to połączenie skrzyżowane jest możliwe, jest, według naszych dotychczasowych pojęć, droga przez móżdżek i skrzyżowane *bracchium conjunctivum*. W ten sposób staje się jasnym niewątpliwy wpływ móżdżku na błędnikowe odczyny ruchowe, stwierdzony niejednokrotnie w klinice schorzeń móżdżkowych. Jakim jest udział móżdżku w powstawaniu odczynów błędnikowych, jaki stosunek jego do ośrodków, które przyjęliśmy w pniu mózgowym, wykażą badania na móżdżku, które zamierzam wykonać.

Zaznaczyć tu muszę, że badanie Klejna i Magnusa [1]), ogłoszone już po rozpoczęciu naszych badań, przyniosły nowe zapatrywania, zaprzeczające jakiejkolwiek zależności odruchów błędnikowych od móżdżku: wszystkie odruchy błędnika (t. zn. odruchy szyjne i błędnikowe Magnusa i Klejna) dają się wywołać, zdaniem Magnusa, i po całkowitem usunięciu móżdżku, a ośrodki dla odruchów błędnikowych leżą w pniu mózgowym. Błędnem jest, zdaniem Magnusa, rozpowszechnione zapatrywanie, jakoby móżdżek był narządem ośrodkowym błędników. To zapatrywanie zmienia zasadniczo nasze dotychczasowe poglądy na fizjologję błędnika i móżdżku; nie rozporządzając na razie własnemi doświadczeniami w tym kierunku — praca Magnusa ukazała się w r. 1920, a doszła do mych rąk dopiero po ukończeniu powyższych doświadczeń [2]) — muszę sobie zastrzedz zajęcie stanowiska wobec tych nowych poglądów Magnusa na czas późniejszy po przeprowadzeniu doświadczeń nad móżdżkiem i ustaleniu wpływu móżdżku na ośrodki przyjęte przez nas w pniu mózgowym.

Wnioski.

1. Półkule mózgowe u królika nie mają wpływu na odczyny ruchowe z narządu przedsionkowego ucha.

2. Uszkodzenia pnia mózgowego powodują zmiany w odczynach ruchowych, przyczem pierwotną zmianą jest zmiana w odczynie ruchowym głowy.

a) Uszkodzenia ciała prążkowanego i przedniej części wzgórka wzrokowego po jednej stronie powoduje ubytek szybkiego ruchu drżenia głowy ku stronie przeciwnej. W przedniej części wzgórka wzrokowego, względnie ciała prążkowanego, mieści się ośrodek dla szybkiego ruchu drżenia głowy.

b) Uszkodzenie tylnej części wzgórka wzrokowego po jednej stronie powoduje ubytek powolnego ruchu drżenia głowy ku tej stronie; tu mieści się ośrodek dla powolnego ruchu ku tej samej stronie.

c) Szybki ruch drżenia głowy może wystąpić tylko przy nieuszkodzonym ośrodku dla powolnego ruchu. Ubytek tego ośrodka powoduje zatem brak drżenia głowy.

d) Uszkodzenie śródmózgowia po jednej stronie powoduje skręt głowy ku stronie zdrowej, brak drżenia głowy ku stronie operowanej. W śródmózgowiu znajduje się ośrodek dla skrętu głowy, który działa hamująco na ośrodek zwrotu po tej samej stronie.

3. W związku ze zmianą w odczynie ruchowym głowy pozostają i zmiany w odczynie tułowia i kończyn.

a) Przy zmianach w drżeniu głowy po kręceniu przy poziomo ustawionej głowie, występują zaburzenia w odczynie kołowania, w miejsce którego występuje padanie. Odczyn padania zaś po kręceniu przy pionowo ustawionej głowie jest zachowany, a więc niezależny od ośrodków dla drżenia głowy (ośrodek dla szybkiego i powolnego ruchu głowy).

b) Przy skrętach głowy, wywołanych uszkodzeniem śródmózgowia występują zaburzenia w odczynie padania, które są zatem zależne pośrednio od ośrodka dla skrętu głowy.

c) Odczyn ku przodowi i ku tyłowi jest zachowany; przy uszkodzeniach pnia mózgowego występuje jednak pewna asymetrja w czasie biegu ku przodowi lub ku tyłowi (zwroty ciała), czyli, że pewien wpływ pnia mózgowego daje się stwierdzić.

4. Doświadczenia powyższe potwierdzają moją teorję, że odczyn ruchowy głowy jest miarodajnym dla powstawania całości odczynu ruchowego, ze zaburzenia w odczynie ruchowym głowy z jakiegokolwiek powodu powstałe, wywołują zaburzenia w odczynie ruchowym tułowia i kończyn.

---

[1]) A. de Klejn u. R. Magnus: Ueber die Unabhängigkeit der Labyrinthreflexe vom Kleinhirn usw. Pfluegers Archiv, Tom178,1920.

[2]) Doświadczenia, które są podstawą niniejszej pracy, wykonywane były w roku 1920.

Dr. Maksymiljan Blassberg. Kraków.

O tak zwanem „zaziębieniu".

(Dokończenie)

Do rozpowszechnienia i utrwalenia się mglistego pojęcia o zaziębieniu przyczyniła się niewątpliwie w wysokim stopniu ta okoliczność, że bezpośrednie działanie atmosfery, a zwłaszcza zmiany ciepłoty i różnicę między zimnem i ciepłem odczuwamy natychmiast; dochodzą one bezpośredn10 do naszej świadomości, często jako przykre wrażenia. Stąd pochodzi wyobrażenie, że nawet lekkie powiewy powietrza, odczuwane jako zimne i przykre, mogą działać chorobotwórczo, »zaziębiająco». »Dostałem to z przeciągu», jest bardzo często momentem przyczynowym, podawanym przez laików, a dość często i lekarze podają »przeciąg«, jako przyczynę choroby np. porażenia nerwów, zapalenia okostnej zębów, gardła, ucha i t. p. U nas w Polsce nieokreślony i mglisty wyraz »zaziębiony» jest prawie tak powszechny, jak u ludu wszechprzyczynowy wyraz »oberwany». Często podmiotowe przykre uczucie dreszczów, które poprzedza liczne ostre schorzenia, budzi łatwo w umyśle chorego podejrzenie, że bezpośrednią przyczyną schorzenia było poprzedzające działanie zimna. Aczkolwiek bardzo często doznajemy uczucia zimna, a mimo to później nie chorujemy, to jednak mało krytyczny laik po zachorowaniu skłonny jest uważać za przyczynę swego schorzenia »zaziębienie«, to jest właśnie to uczucie zimna, które odczuł, czy to bezpośrednio przed chorobą, czy dzień przedtem. Przy dobrej pamięci i woli w każdym przypadku schorzenia taki moment nie trudno znaleźć. Bardzo trafnie określa to Penzoldt w następujących słowach: »Zaziębienia są bardzo częste i to tem częstsze, im szerzej pojmiemy pojęcie zaziębienia. Lekkie, ostre schorzenia dróg oddechowych i reumatyzm są również częste. Jeżeli zatem skutek i wrzekoma przyczyna przypadkowo się schodzą, to dzieje się wówczas tak, jak przy wróżeniu o pogodzie, to jest: sprawdzanie się zauważamy, a o niesprawdzeniu się zapominamy«.

Że takie pojęcia laików, oparte na subjektywnem odczuciu, nie są zgodne z danemi lekarskiemi, nie ulega najmniejszej wątpliwości. Tak np. wiadomą jest rzeczą, że uczucie dreszczów nie musi mieć nic wspólnego z temperaturą zewnętrzną i powstaje w ten sposób, że wskutek nieprawidłowych wewnętrznych bodźców w ustroju powstaje skurcz drobniejszych naczyń skórnych, a w następstwie zmniejszony napływ krwi do powierzchni ciała. Istnieją także dreszcze natury toksycznej lub psychicznej. Tak samo wiadomo jest, że bardzo powolnego oziębiania się środowiska możemy podmiotowo nie odczuwać, choć ono może w końcu dojść do znacznego stosunkowo stopnia i odciągnąć ustrojowi znaczną ilość ciepła. A właśnie takie pomału wślizgujące się oziębienie ustroju, nie alarmowane przez podmiotowe odczucie i nie uważane za »zaziębienie«, może być dla ustroju szkodliwe.

Często uchodzą nawet naszej uwagi nader liczne sprzeczności, przeciwieństwa i nielogiczności, zawarte w takich rozmaitych twierdzeniach o zaziębieniu. Tak np. ten sam osobnik lęka się przeciągu od strony wybitej szyby lub otwartych drzwi, pomimo, że wśród wolnego ruchu powietrza, zwanego wiatrem, nie okazywał żadnej trwogi, albo mimo, że jechał przez dłuższy czas w otwartym wozie tramwajowym lub na platformie tramwajowej. Przy budowach nowych domów, w hutach szklanych i żelaznych, w różnych centralach elektrycznych, gazowych i tramwajowych, we fabrykach giętych mebli, lodowniach i tp. stale panują przeciągi i nagłe zmiany atmosferyczne, a jednak liczba schorzeń u pracujących w tych zakładach bywa, jeżeli nie niższa, to w każdym razie nie wyższa, aniżeli gdzieindziej. Badacze biegunów nie skarżą się wcale na zaziębienie. Gdyby krótkotrwałe oziębienie było istotnie silnym czynnikiem chorobotwórczym, to musiałoby to zaraz na wstępie życia ludzkiego silniej się uwydatnić. Nie zapominajmy bowiem, że przy przyjściu na świat każdy noworodek bez wyjątku jest narażony na silne zaziębienie, wstępując bowiem nagle z ciepłoty ciała matki, tj. z blisko 37° C, do ciepłoty naszego środowiska, to jest do 20° C, przechodzi bez zahartowania nagłe i gwałtowne kilkunastostopniowe silne oziębienie ciała. A ileż »zaziębień«, na 100 % ogółu prawidłowych noworodków, notują lekarze z powodu tego przymusowego powszechnego ziębienia?

Gdyby takie działania ciepłoty były chorobotwórcze, to nasuwa się pytanie, jak możnaby to logicznie pogodzić z zabiegami zimnemi, stosowanemi i wypróbowanemi przez lekarzy, czy to w postaci chłodzących kąpieli, czy okładów, wodolecznictwa, kąpieli morskich lub rzecznych, albo też z leczeniem sanatoryjnem i werandowaniem na wolnem powietrzu bez względu na pogodę. Wszak stałego pobytu w przewiewnych szałasach w znanem Veldes w Krainie używa się jako skutecznego środka zdrowotnego leczniczego, a w Anglji, w szpitalach dla chorób zakaźnych, stosuje się przeciąg powietrza, jako czynnik wręcz leczniczy i oczyszczający. A już lecznicze stosowanie okładów lodowych i zamrażanie eterem lub chloretylem powinniby fanatyczni zwolennicy zaziębienia uważać za błąd sztuki lekarskiej ustawowo wzbroniony.

Obawa przed zaziębieniem bywa często źródłem nieuzasadnionych zarządzeń i nawyczek, których działanie zaczyna się już w wieku dziecięcym. Dość dobitnie zwraca na ten szczegół uwagę pedjatra niemiecki prof. Czerny. Zdaniem jego istnieje u rodziców przesadna obawa przed wysyłaniem niemowląt na wolne powietrze i z trudnością decydują się na wybór dnia, w którymby mogli ze względu na stan pogody wysłać oseska z domu. Tymczasem zupełnie zapominają, że nieżyty nosa i dróg oddechowych są zakaźne i że przez pocałunki, pieszczoty i obnoszenie na rękach bardzo łatwo ktoś z otoczenia udzieli dziecku nieżytu, który się potem odnosi błędnie do zaziębienia. Obawa taka prowadzi też do tego, że naogół w mieszkaniach, szkołach, urzędach, warsztatach, restauracjach, teatrach i galerjach wietrzenie odbywa się w stopniu niedostatecznym, powietrze jest zgęszczone i zanieczyszczone i uderza nas zaraz na wstępie swą przykrą wonią stagnacyjną. Jeżeli wentylację, i to zazwyczaj niedostateczną, stosuje się w lokalach publicznych, to stosuje się ją wyłącznie wtedy, gdy w lokalu niema nikogo, aby nikogo nie narażać na przeciąg. Podczas jazdy koleją na żądanie jednego tylko podróżnego, nawet w lecie, wszystkie okna wagonu kolejowego pozostają zamknięte. Obawa ta powoduje przesadną lękliwość i nieraz spotykamy się u chorych, nawet zresztą kulturalnych, z zupełnem wprost zaniedbaniem czystości osobistej i kultury ciała, a nawet wręcz z brudem z obawy przed zaziębieniem, grożącem z kąpieli, lub widzimy mieszkania prawie całkiem niewietrzone, w których wszelkie rzeczywiste i urojone szczeliny zakryte są grubemi dywanami, chłonącemi kurz. Często ponosi tu winę lekarz, który ciągle upomina chorego, aby był ostrożny i strzegł się zaziębienia, oczywiście nie umiejąc podać ściśle i dokładnie, jak postępować i czego się strzec. Znany klinicysta Niemeyer pisze o tych przesadnych obawach w sposób następujący: »Przyroda nakazała ludziom życie wśród powietrza, lecz nasze mędrkowanie upatruje w tym żywiole rozmaite wady. Przeciągów znosić niepodobna, trzeba się zamknąć, zapieczętować, a tembardziej nasze dzieci. To święty obowiązek. Niechaj nie oddychają inaczej, jak przynajmniej wśród własnych, jeżeli nie cudzych wyziewów«. W ten sposób prąd, zwany przewiewem lub przeciągiem, bez którego przecież powietrze nie może się odnawiać, staje się dla wielu źródłem wszelkich chorób. A gdy takiem rozumowaniem dopięli swego i naprawdę zachorowali, sądzą, że: »zamknięcie było jeszcze niedostateczne«. Brügelmann w swojem znanem dziele o astmie podnosi, jak trudno u astmatyków przezwyciężyć obawę przed zaziębieniem. Chorzy tacy często od września do maja nie wychodzą z domu i najwymyślniejszych imają się środków, aby także w mieszkaniu uniknąć najmniejszej zmiany ciepłoty. Stąd wynika, zdaniem Brügelmanna, nie tylko szkodliwe wydelikacenie, ale jeszcze zgubniejsza autosugestja, że nie znosi się najlżejszego powiewu. Konieczne jest, jego zdaniem, wówczas wprost jak najkonsekwentniejsze i bezwzględne wychowanie takich chorych, połączone z wystawianiem ich wbrew woli na takie czynniki i wykazanie im, że one nie wywołują astmy. Również klinicysta warszawski Sokołowski między szkodliwościami, które wręcz usposabiają do powstawania cierpień dróg oddechowych, na naczelnem miejscu wylicza »fatalny przesąd i obawę przed urojonemi przeciągami. Obawy

te nie pozwalają na otwieranie okien nietylko zimą, ale nawet i latem». W rozdziale o leczeniu włóknikowego zapalenia płuc podkreśla, że poza argumentacją, zmuszony był nieraz własnoręcznie otworzyć okno, aby skłonić opornych i przesądnych do starannego przewietrzania pokoju.

Także lekarze bardzo często sami przyczyniają się do utrwalania błędnych pojęć ozaziębieniu, bo, nie mogąc wielokrotnie stwierdzić istotnej, naukowo uzasadnionej przyczyny cierpienia, zbywają ciekawego chorego zdawkowem »zaziębieniem«. Są to podobne błędy, jak przy rozpoznawaniu influency, którą często rozpoznaje się tylko przypuszczalnie, bez badania bakterjologicznego na swoiste bakterje, jedynie dla zaspokojenia diagnostycznej ciekawości chorego. Podobnie dzieje się, gdy lekarz ma przed sobą chorobę gorączkową, o krótkiem trwaniu, której przyczyny ani istoty nie może określić.

Niewątpliwie też, przesadne i zaślepione tłómaczenie wiatrów, jako źródła zaziębienia, powoduje, że ludność i władze zdrowotne zapoznają i nie przykładają właściwej wagi do pośredniego działania wiatrów, jako zdrowotnych wentylatorów miast z jednej strony, a jako roznosicieli kurzu i drobnoustrojów z drugiej strony. Prawie z matematyczną ścisłością można stwierdzić, zwłaszcza po wielkich miastach, że tylko po wiatrach suchych i to dzięki temu, że one roznoszą kurz, nieczystości i zarazki, występują masowo zapalenia oczu, czyraki, ropienia skórne, zapalenia w jamie ustnej i w gardle oraz w drogach oddechowych. Gdyby w tych przypadkach więcej zwrócono uwagi na ten moment, a nie na działanie »zaziębiające«, przykładanoby także więcej wagi do istotnie koniecznej potrzeby częstszego i obfitego skrapiania ulic po miastach. Przyjęcie »zaziębienia«, jako odrębnej jednostki klinicznej, jak to czyni J ü r g e n s w swym podręczniku chorób zakaźnych z r. 1920., może do pewnego stopnia utrudniać zwalczanie chorób zakaźnych. Albowiem ogólne przepisy higjeniczne o zwalczaniu tych chorób obejmują, jak wiadomo, także samo podejrzenie o chorobę zakaźną. Jeżeli ktoś zachoruje wśród gorączki i objawów, nasuwających obawę, że rozwija się choroba zakaźna, to już natychmiast zachodzi podejrzenie nie »zaziębienia«, lecz zakaźności i lekarz powinien bezwłocznie zarządzić odpowiednie środki ochronne. Albowiem pierwsze objawy nie są tylko zwiastunami, sygnalizującemi chorobę, którąby należało dopiero przyjąć po wystąpieniu wysypki lub innych objawów miejscowych albo biologicznych prób, objawy zwiastunów są już chorobą samą, a późniejsze objawy dalszym jej ciągiem. Wprowadzanie zatem pojęcia »zaziębienia«, jako odrębnej jednostki klinicznej, może mącić krytyczny pogląd na rzeczy i stanowić przeszkodę we wczesnem śledzeniu i skutecznem zwalczaniu istotnych zakażeń. Wbrew więc ubolewaniu J ü r g e n s a, sądzę, że autorowie dobrze postępują, opuszczając w podręcznikach nieuzasadnione pojęcie »zaziębienia«, jako samoistnej choroby. Dla ścisłości muszę dodać, że niektórzy autorowie, jak np. R u h e m a n n, twierdzą, że wszystkie zaziębienia są wywoływane przez chorobotwórcze drobnoustroje, które on nazywa bodźcami, wywołującemi zaziębienie (*Erkältungserreger*), przyczem jednak wyrazu »zaziębienie« używa tylko z pietyzmu zachowawczego z powodu dawnego jego istnienia, ale tylko w sensie choroby infekcyjnej, a nie w związku z fizykalnem pojęciem zaziębienia.

Wogóle, rozpatrując sprawę zaziębienia ze stanowiska naukowego i biorąc w rachubę tylko ścisłe dane i prace naukowe w tej dziedzinie, napotyka się na tak liczne diametralne sprzeczności i przeciwieństwa w poglądach, że chwilami nie można się oprzeć wrażeniu, iż są to, jak się swego czasu L a s s é g u e wyraził o nerwicach, »k o s z e, w które wrzuca się wszystko, czego niema się gdzie umieścić«. Podczas gdy jedni klinicyści, jak np. S y d e n h a m, twierdzą, jakoby na skutki zaziębienia więcej ludzi umierało, niż z dżumy lub na wojnie, to inni, jak C h o d o u ń s k i, wygłaszają poglądy, że zaziębienie wcale nie istnieje i że utrzymywanie się hipotezy o zaziębieniu rzuca cień na medycynę, jako naukę ścisłą. F i c k zaś w swojej pracy: »O zaziębieniu« pisze: »Aby mówić o zaziębieniu, na to trzeba odwagi, gdyż każdy, zarówno laik, jak lekarz, jest rzeczoznawcą w tym temacie. Każdy widział choroby, które powstały z zaziębienia. A z drugiej strony nieudowodniono w żadnej poszczególnej chorobie, ani nawet w zwykłym katarze i kaszlu, że one mogą powstać przez proste zaziębienie i że wogóle kiedyś powstały przez proste zaziębienie«.

Wśród takich zdań krańcowych najlepiej jest iść ściśle drogą udowodnionych faktów. Niewątpliwie atmosfera, otaczająca człowieka, i zmiany w niej zachodzące, a zatem stan ciepłoty, wilgotności, elektryczności, stan barometryczny, wiatry i inne podobne czynniki, wywierają wpływ na sposób funkcjonowania ustroju. Ale chorobotwórcze ich działanie nie zostało ujęte dostatecznie ścisłemi badaniami naukowemi w taki sposób, jaki widzimy np. w bakterjologji. Z tego jednakże nie wynika, aby jeden z takich czynników bezzasadnie i łatwowiernie przyjmować, jako główny i miarodajny w takiem płytkiem znaczeniu, w jakiem się »zaziębienie« rozpowszechniło. Lekarz krytyczny musi nabrać przekonania, że obawa przed zaziębieniem staje się u wielu osób nieuzasadnionym powodem do unikania wychodzenia z domu, dostatecznego wietrzenia, przechadzek, kąpieli i ruchu na wolnem powietrzu, i że tam, gdzie ta obawa jest zakorzeniona, spaczone bywa wychowanie dzieci, a częściej napotyka się gruźlicę. Wiadomą jest też rzeczą, ilu hypochondryków powstało pod wpływem przestrogi lekarskiej, aby unikali zaziębienia. Albowiem u neurasteników, którzy ze swą chorobliwą skłonnością do samoobserwacji i wygórowaną przeczulicą odczuwają łatwo wszelkie zmiany ciepłoty, łatwo też powstaje autosugestja i silne powiązanie jakichś dolegliwości z wrzekomem »zaziębieniem«. Odpowiednio do osobniczego poglądu, u jednego chorego stale po zaziębieniu występuje tylko biegunka, u drugiego katar oskrzeli, u innego wyłącznie tylko neuralgja, u kobiet zatrzymanie się miesiączki lub upławy i t. p. Zapatrywanie, że szeroko pojęte »zaziębienie« jest zjawiskiem bądź co bądź »empirycznie« spostrzeganem, nie wytrzymuje krytyki. Byłaby to empirja o zakresie bardzo szerokim a powierzchownym, nie ugruntowana na dokładnych, ścisłych i skontrolowanych spostrzeżeniach lekarskich, lecz oparta przeważnie na luźnych, niejednolitych, najrozmaiciej ujętych i zabarwionych spostrzeżeniach osobistych, z silnie zakorzenionym subjektywnym kątem widzenia. Jest to empirja, która często bezkrytycznie przechodzi od chorych do lekarzy, i niezbyt odległa jest od takiej »empirji«, którą nazywamy zabobonem, a według której zachodzi związek między »trzynastką« lub t. zw. dniami »feralnemi«, a spotykającemi nas w życiu przykrościami lub nieszczęściami.

Sądzę zatem, że na podstawie tego zakresu wiadomości, jaki daje współczesna medycyna ogólne przyjęcie się pojęcia »zaziębienia«, względnie »przeziębienia«, w tej mglistej formie, w jakiej się ono rozpowszechniło, przynosi w codziennem życiu więcej szkody, niż pożytku. Posługiwanie się przez lekarzy tem, mało naukowo ugruntowanem, określeniem etiologicznem lub klinicznem pokrywa tylko lekarską nieświadomość przyczyny schorzenia, a na terenie nauki ścisłej opóźnia tylko badanie i wyjaśnienie tej dotąd ciemnej dziedziny etiologicznej. Pod tym względem medycyna niestety od lat dziesiątek niewiele wykazała postępu, tak, że bez najmniejszych zastrzeżeń można i dziś przytoczyć w całości następujące zdanie krakowskiego prof. S k o b l a, wypowiedziane jeszcze w roku 1862 w wykładach o działaniu i skutkach zimna przed uczniami Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim: »I dziś jeszcze« mówi on »zaziębienia skóry liczą tak lekarze, jak i nie lekarze do najważniejszych przyczyn chorób; a nawet nie masz prawie choroby, którejby powstania nie wywodzono z zaziębienia. Przeto tegoczesna patologja powinna między innemi roztrząsnąć ściśle wszystkie takie domysły i twierdzenia, o ile takowe są uzasadnione lub nie, aby te ostatnie raz na zawsze odrzucić«.

Z praktyki.

E. Pros. Warszawa.

Nowa próba ilościowego określania acetonu w moczu.

Doniesienie tymczasowe z pracowni chemiczno - bakterjologicznej E. Prosa w Warszawie

Próba niżej opisana opiera się na reakcji acetonu z resorcyną w obecności kwasu solnego lub siarkowego, przyczem

powstaje osad o barwie pomarańczowo-żółtej do biało-żółtej, zależnie od ilości ciał, wchodzących w reakcję. Jeśli dodać do płynu, zawierającego aceton, ostrożnie (po ściance probówki), nieco rezorcyny, rozpuszczonej w kwasie siarkowym stężonym, to otrzymamy na granicy obydwu cieczy pierścień, charakterystyczny dla przetworu kondensacji acetonu z rezorcyną. Zachowując dokładnie takie same warunki pracy, osiągamy możność mierzenia stężenia acetonu przez oznaczenie czasu od chwili dodania odczynników do pojawienia się osadu na ich granicy: czas ten jest wobec danego stężenia ++ ściśle proporcjonalny do koncentracji acetonu. Te dane oraz ta okoliczność, że żaden składnik lotny normalny moczu nie oddziaływa podobnie na rezorcynę, pozwalają korzystać z nowej i prostej metody oznaczania acetonu w moczu. Destylując jakikolwiek mocz, otrzymujemy płyn, wolny od innych ciał, reagujących podobnie jak aceton + rezorcyna i w danej temperaturze + z rezorcyną, a te składniki, które wchodzą w skład płynu przekroplonego, wpływają tylko w bardzo słabym stopniu na szybkość reakcji. Praca Michaela i Riedera (Amer. Chem. Journ. 9, 134 i Zeits. f. An. Chem. 27, 1888) opisuje podobną reakcję jakościową dla celów wykrycia aldehydów w obecności ketonów. Do rezorcyny rozpuszczonej w alkoholu i zmieszanej z badanym płynem dodajemy kilka kropel kwasu solnego, gotujemy i wlewamy do wody. Powstaje przytem osad tylko w obecności aldehydu. Ketony tej reakcji w tych warunkach nie dają. Natomiast ważne jest ciało żółte, otrzymane przez M. W. Caussa (Bulletin de la Société Chim. de Paris 1892 str. 564) przez działanie acetonu na rezorcynę w obecności kwasu solnego dymiącego. Produkt ten, rozpuszczony w alkoholu i przeniesiony do wody ciepłej, daje kryształy pryzmatyczne, o punkcie tajania 212–213° i wzorze $\begin{matrix}H_3C\\H_3C\end{matrix}\!>C<\!\begin{matrix}OC_6H_4OH\\OC_6H_4OH\end{matrix}$ łatwo tworzące wodzian o kolorze białym. Przypuszczamy, że produkt, otrzymany w obecności kwasu siarkowego, posiada taką samą budowę i że tworzy się z dwu cząsteczek rezorcyny i jednej cząsteczki acetonu.

Część doświadczalna.

Do 100 cm³ moczu acetonowego dodajemy 1 cm³ 10% kwasu octowego i destylujemy przez dobrze działającą większą chłodnicę 25 cm³ do cylindra, zawierającego 5 cm³ wody przekroplonej, w której zanurzona jest rurka chłodnicy. Zebrane razem 30 cm³ płynu mieszamy i do dwóch probówek, zaopatrzonych w podziałkę, wlewamy po 5 cm³. Probówki te o średnicy 14 mm ustawiamy w miejscu dobrze oświetlonem, gdzie temperatura otoczenia wynosi 22—24°, i wlewamy na dno ostrożnie, trzymając probówki pochyło, po 2 ccm świeżo przygotowanego roztworu, zawierającego 0,1 g rezorcyny (Merck) w 5 ccm czystego kwasu siarkowego; zapisujemy dokładnie czas (minuty i sekundy) w chwili dodania ostatniej kropli odczynnika. Przypuśćmy, że do chwili pojawienia się pierścienia upłynęło 4 minuty 30 sekund, zawartość acetonu w 100 ccm moczu równa się wtedy 0,1 ccm czyli 0,08%; ażeby znaleźć odsetki acetonu w moczu użytym, należy liczbę 27[1]) podzielić przez liczbę zanotowanych sekund, w danym przypadku 27:270, i pomnożyć przez cięż. wł. acetonu. Gdyby zaszła potrzeba rozcieńczenia, to należy odpowiednią ilość destylatu dopełnić do 5 ccm (n. p. przy rozcieńczeniu 1:10 bierzemy 0,5+4,5 ccm) wodą destylowaną i przy obliczeniu cyfrę tę uwzględnić. Rozcieńczamy wówczas, gdy czas reakcji trwa krócej, niż 75 sekund.

Dr. I. Fels. Lwów.

W sprawie długotrwałego stosowania skopolaminy.

W Nr. 5. Polskiej Gaz. Lek. Dr. Lewenstern z Warszawy opisuje przypadek chorej na raka sutka, która dzięki wstrzykiwaniu skopolaminy w połączeniu z morfiną żyje już 2 lata. Opis ten skłania mnie do podania analogicznego przypadku, spostrzeganego przezemnie.

Klara M., (której matka umarła, mając lat trzydzieści kilka na raka sutka), została poraz pierwszy operowana z powodu raka sutka lewego na oddz. chirurg. szpit. powsz. we Lwowie w r. 1912. w 30 roku życia. W r. 1913. nawrót, a ponieważ z powodu posuniętej choroby nie chciano podjąć się operacji, wyjechała do W., gdzie na klinice dokonano operacji z wynikiem pomyślnym. W latach następnych zjawił się nawrót i w r. 1918 wytworzyło się zapalenie żyły ramieniowej w związku z przerzutami rakowemi i z następowym obrzękiem lewego ramienia. To zapalenie żylne spowodowało u chorej bóle, które w nocach bezsennych tak się wzmagały, że chora nieraz „tarzała się na ziemi w boleściach". Rentgenolog Dr. Meisels zastosował jej na klinice kilka naświetlań *solatii causa* i dla uśmierzenia bólów w ramieniu polecił jej zastrzykiwania podskórne t. zw. modiscop, tj. kombinacja morfiny, dioniny i skopolaminy, jaką swego czasu zalecał Prof. Schlesinger we Wiedniu, i której skład jest następujący: *Morphii hydrochl. 0·2, Dionini 0·3, Scopolamini hydrobrom. 0·0025, Aq. dest. 10·0.* Chora dostawała co wieczór podskórnie 1 ccm tego płynu, zaczęła dobrze sypiać, bóle dzięki wstrzykiwaniom ustępowały, chora odżyła. Ani morfina, ani heroina, stosowana nieraz przezemnie w razie braku modiskopu, nie działały na boleści i bezsenność tak skutecznie, jak wymienione połączenie trzech środków. U chorej wystąpiły przerzuty raka nietylko na skórze tułowia, lecz i w narządach wewnętrznych, ale żyła dzięki wstrzykiwaniom modiskopu jeszcze 2 lata; zmarła 2. II. 1922 roku.

Wstrzykiwania dostawała przez rok co wieczór, w drugim roku rano i wieczór, a w ostatnich 3 miesiącach trzy razy na dobę, lecz zwykle tylko po 1 ccm. Wprawdzie przez rok ostatni chora już stale leżała w łóżku, ale lekarze, którym bądź dla ciekawości, bądź też przy naradzie ją pokazałem, wyrażali niemałe zdziwienie, że chora z tak rozległemi przerzutami raka żyć może. Ponieważ zaś ramię lewe z powodu niedrożności żyły bardzo obrzmiewało, co pewien czas robiłem nakłucia ręki, ażeby płyn surowiczy ściekał, przez co obrzęk ramienia na jakiś czas ustąpił zupełnie.

Zapiski lecznicze.

W celu zapobieżenia zapaleniu portęciowemu jamy ustnej (*stomatitis mercurialis*) należy podawać jodek potasu do wewnątrz (10 na 200, trzy łyżki dziennie) i współcześnie często płukać usta 1 do 2% roztworem wody utlenionej, z dodatkiem kilku kropel kwasu octowego (Derm. Woch. 1921. Nr. 49).

W przypadku **tężca przyrannego** u dziecka dziesięciomiesięcznego zastosował Hotz z wynikiem pożądanym siarczan magnezowy (20%) w lawatywach, po 10 cm.³ na każdą. (Schweiz. m. W. 1921. N. 28).

W **marskości wątroby** radzi Blum stosować sole wapnia w dużych dawkach; współcześnie djeta małosolna (Presse méd. 1921. Nr. 92).

Przeciw ropieniu po durze brzusznym (w ropie lasecznlki swoiste) ma być skuteczne pędzlowanie 1% roztworem fuksyny. (Berl. Kl. W. 1921. N. 18).

Ponieważ **wprowadzony dożylnie roztwór soli kuchennej** zbyt prędko zostaje wessany, Kütz dodaje doń 6 — 7% gumy arabskiej (D. m. W. 1921. N. 49).

Jako środek do płukania przy zapaleniu jamy ustnej poleca Ebler mieszaninę wody utlenionej i płyn Burowa (M. m. W. 1921. N. 44).

Zdaniem Romberga, **jodek potasu** można w **chorobach serca i naczyń** z pożytkiem dla chorych stosować w schorzeniach następujących: objawy neurasteniczne w okresach początkowych stwardnienia tętnic mózgowych (najważniejsze wskazanie dla przetworów jodowych); lekkie i średnio ciężkie przypadki dusznicy bolesnej; stwardnienie tętnic wieńcowych serca z wyraźną dusznością przy niewielkiem jednak osłabieniu mięśnia sercowego; chromanie przestankowe; dusznica sercowa. Jod nie wpływa na zmiany miażdżycowe, ani na ogniska rozmiękczenia po udarze mózgowym, ani na zmiany sklerotyczne w nerkach. Błędem jest stosowanie jodu przy każdem schorzeniu na tle stwardnienia tętnic. Szkodliwym wręcz jest jod przy duszności nerkowej, przy obrzęku płuc, przy skłonności do objawów tyreotoksycznych. Dawki jodku potasu: pięć razy dziennie po 10 cg do 20 cg., po jedzeniu. (Podręcznik chorób serca i naczyń. Wydanie trzecie. 1921).

Sprawozdania poglądowe.

Dr. A. Wojciechowski. Warszawa.

Rany wielkich naczyń w świetle spostrzeżeń i doświadczeń wojny światowej.

(Dokończenie)

Aby uniknąć zgorzeli kończyny, jeszcze przed wojną Ney, a później Oppel polecali jednoczesne podwiązanie

---

[1]) W warunkach, w których wykonuje się doświadczenie, pierścień wystąpi po 27 sekundach, jeśli płyn, poddany destylacji, zawiera 1% objętościowy acetonu.

żyły, co ma zmniejszać o połowę % zgorzeli. Graf radzi bezpośrednio po podwiązaniu stosować środki wywołujące miejscowe przekrwienie w celu pobudzenia krążenia.

Przy podwiązywaniu wielkich naczyń szyjnych grożą inne niebezpieczeństwa, mianowicie objawy mózgowe, zatory etc. Podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej jest, zdaniem Bier'a, nadzwyczaj niebezpieczne; Siegrist oblicza % śmiertelności na 20,3. Chociaż znajdujemy w piśmiennictwie i pomyślne wyniki po podwiązaniu tego naczynia (Lapersonne, Sendral), to jednak objawy ciężkie mózgowe zdarzają się często; należy też pamiętać, że, choć zwykle one występują na 3—4 dzień (Colledge Shaw Dunn), jednakże może to nastąpić i znacznie później (na 118 dzień, Verger i Pahand). Również niebezpiecznem jest podwiązanie tętnicy szyjowej wewnętrznej. Przypadki pomyślne ogłosili Lenorment, Arganarez de Flor del Valle, lecz nie ulega wątpliwości. że najczęściej smutno się ono kończy. Natomiast podwiązanie tętnicy szyjowej zewnętrznej zwykle przebiega dość gładko. O tętnicy kręgowej wspomniałem już wyżej.

Wspólnem niebezpieczeństwem wszystkich podwiązek jest możność wtórnego krwotoku, bądź wskutek ropnego rozmiękczenia czopu, bądź też, jak to wykazali Leriche i Policard, wskutek zmian w ścianie naczynia pod wpływem białych ciałek krwi. Te bowiem wydzielają zaczyn trawiący najodporniejszą warstwę ściany naczynia, tkankę sprężystą. Ulega ona rozwłóknieniu i łatwo pod wpływem ciśnienia krwi następuje rozdarcie. I w tym i w drugim razie przyczyną powodującą jest sprawa zapalna. Aby się więc ustrzedz przed zakażeniem naczynia i zapobiedz krwotokowi wtórnemu, radzi Rühl pokrywać miejsce podwiązek zdrowemi tkankami, o ile można oddzielić je od samej rany. Pozostawia on zawsze włoskowate sączki. Graf poleca wyciąć ranę, miejsce podwiązania zaś obszyć nieuszkodzonemi mięśniami. Poza tem technika podwiązywania pozostała dawną.

Już obecnie do pewnego stopnia ocenić można dalsze wyniki po podwiązaniu wielkich naczyń. Pod tym względem ciekawe są wyniki otrzymane przez Leriche'a, Policard'a i Bonnet'a. Okazało się bowiem, że wbrew ustalonemu mniemaniu kikut naczynia bardzo długo nie ulega zmianom wstecznym, tylko kurczy się, pozostając drożnym. Możliwem staje się więc zeszycie naczynia nawet w dłuższy czas po dokonanem podwiązaniu. Co się tyczy wyników czynnościowych, to okazały się one nie bardzo zachęcające. Jak już wspomniałem, wykazano, że po podwiązaniu układ współczulny naczyniowy jest upośledzony. Ukrwienie często szwankuje i okazuje się niewystarczającem przy użyciu kończyny (Pribram). Rozwijają się zaniki mięśni, dystrofje i t. d., czyniące kończynę mało wartościową (Babiński i Heitz). Wszystkie te objawy niedomogi ukrwienia występują zwykle dopiero późno, gdy już chory wypisany ze szpitala powraca do swych zajęć. Wynika z tego, że przy ocenie następstw podwiązania dużej tętnicy nie należy się śpieszyć i trzeba przez dłuższy czas po wyzdrowieniu obserwować, jak się zachowuje kończyna.

Co się tyczy szwu naczyniowego, to już ta okoliczność, że przywraca on drożność prawidłową i umożliwia w ten sposób *restitutio ad integrum* w dosłownem znaczeniu, nadaje mu ogromną przewagę nad podwiązywaniem, które bądź co bądź ze stanowiska czynnościowego i anatomicznego jest zawsze kalectwem. Zalety szwu są tak oczywiste, że nawet najgorętsi jego przeciwnicy uznają je bez zastrzeżeń i tylko starają się dowieść, że w warunkach wojennych jest on bądź niewykonalnym, bądź zbędnym, o ile chodzi o zranienie pomniejszych naczyń. Wiele w tych zarzutach jest przesady, a niektóre są wręcz bezpodstawne. Jak to już miałem możność powyżej zaznaczyć, wbrew panującym przed wojną poglądom nie wymaga szew naczyniowy żadnej nadzwyczajnej wprawy ze strony chirurga. Aczkolwiek nałożenie szwu trwa rzecz prosta nieco dłużej niż podwiązanie, lecz jest to różnica tak niewielka, że rzadko kiedy może mieć większe znaczenie. Również nie są potrzebne do szwu koniecznie specjalne narzędzia; wrócimy jeszcze do tego poniżej. Nic dziwnego, że ogromna większość chirurgów przy zranieniu wielkich naczyń uważa szew za najlepszy sposób postępowania, o ile niema przeciwwskazań.

Rydygier poleca szew wszędzie z wyjątkiem ran o wielkim urazie tkanek lub wobec ciężkiego zakażenia i złego stanu ogólnego. Mniej więcej z temi samemi zastrzeżeniami radzi stosować szew Pribram. Do rozpowszechnienia szwu naczyniowego najwięcej przyczynili się z autorów polskich: Rydygier, Kryński, Radliński, Węgłowski i Zawadzki; z cudzoziemskich zaś: Fiolle, Frouin, Imbert, Leriche, Graf, Haberer, Pribram, Rehn, Haberland, Renzi, Scherill i inni.

Co się tyczy techniki szwu, to, jak wiadomo, po pierwotnych usiłowaniach Glucka, Jesinowskiego, Abbé'go, Murphy'ego i Payr'a uzyskania zespolenia naczynia za pomocą rurek wprowadzonych do światła naczynia lub wpochwienia, Carrel w 1902 roku podał swój sposób szycia naczyń i odtąd datuje właściwie szerokie zastosowanie szwu naczyniowego. Tylko nieliczni autorzy posługują się jeszcze rurkami lub blaszkami z magnezjum (Lespinasse, Fisher, Eisenstädt, Jeger, Unger), większość stosuje szew Carrel'a bez środków pomocniczych. Szew ten, jak wiadomo, polega na zasadzie odwrotnej, niż szew Lembert'a jelit. Szyjąc naczynie, staramy się wywinąć brzegi na zewnątrz, a nie wgłobić, jak to czynimy, operując na przewodzie pokarmowym. Śródbłonek przylega w ten sposób do śródbłonka i zagojenie następuje przez rychłozrost, pozostawiając minimalną bliznę. Blizna ta jednak pozostaje na zawsze, jak to wykazały prace Borst'a, Enderlen'a, Ward'a, w miejscu zrostu pozostaje w ścianie naczynia cienka warstwa tkanki bliznowej, pozbawiona mięśni i tkanki sprężystej. Wielu autorów próbowało nieco zmienić szew Carrel'a, począwszy od niewinnych drobnostek (4 cugle zamiast klasycznych 3-ch stosują Frouin i Floresco, natomiast Jensen i Moure zadowalają się 2-ma) i skończywszy na dość znacznych odstąpieniach od oryginału (Pizovano, Smith, Zaaijer). Z tych wszystkich modyfikacyj tylko szew w kształcie U, podany przez Clairmont'a, Jaboulay i Brian'a, był stosowany podczas wojny przez Pribram'a. Inni autorowie posługiwali się szwem Carrel'a; pod tym względem więc wojna nic nie zmieniła i szew ten odniósł zupełne zwycięstwo nad innemi metodami.

Natomiast były czynione próby ułatwienia zeszycia sposobem Carrel'a. Horsley podał przyrząd do trzymania cugli przy szyciu. Jest to rodzaj haka, do którego przytwierdzają się końce trzech pierwszych szwów — cugli. Utrzymuje on je w napięciu i ułatwia w ten sposób dalsze szycie. Odznacza się przyrząd ten prostotą i, być może, okaże się rzeczywiście dogodnym. Nie można tego twierdzić o drugim przyrządzie, podanym przez Haberland'a. Ma on podobno czynić pomoc asystenta zbędną. Jest to jednak bardzo skomplikowane instrumentarjum; sądząc z opisu mogłoby ono najwyżej mieć zastosowanie przy szyciu naczyń na kończynach, na szyji np. mam wrażenie zawadzało by ono raczej. Zdaje się też, że nikt oprócz wynalazcy tego przyrządu nie stosował. Wogóle, jak już wspominałem, przekonano się, że do szwu naczyniowego specjalne narzędzia wcale nie są niezbędne; można go równie dobrze wykonać, mając pod ręką tylko najzwyczajniejsze narzędzia codziennego użytku. Zamiast zaciskadeł Höpfner'a lub Stich'a posługiwać się możemy bądź podwiązaniem czasowem naczynia tasiemką (Carrel), rurką gumową (Smith), bądź też zaciska się zwyczajnemi jelitowemi zaciskadłami Doyen'a, jak to radzi Radliński. Pamiętać tylko należy, że ucisk powinien być bardzo łagodny, inaczej łatwo w miejscu zaciśnienia powstaje skrzep (Lexer). Gdy niema pod ręką odpowiednio giętkich zaciskadeł lub rurki gumowej, bardzo dobrze zastępują zaciskadła palce pomocnika, zwłaszcza jeżeli rana jest dość obszerna i niezbyt głęboka. Co do igieł, to każda mała igiełka jest zupełnie odpowiednią i nie ma potrzeby stosować specjalne igły. Jako materjału do szwu większość używa cienkiego jedwabiu; Frouin szyje nitką lnianą Nr. 700. Poza tem były próby szycia struną (Imbert Fiolle, szew zatoki strzałkowej). Jako zaletę struny podnoszą jej następcze pęcznienie, dzięki czemu zatyka ona dokładnie otwory przekłute, które zwykle nieco krwawią przy szyciu jedwabiem. Jednakże szerszego zastosowania struna nie znalazła, jak również i wło-

sie, polecone jeszcze przed wojną przez Dobrowolską. Włosie stosował z dobrym wynikiem Haberland, wyjaławiając je na sucho w ciągu godziny przy 80—100°, lub gotując pół godziny w wodzie. Włosie jest tem wygodne, że jest czarne, a więc lepiej widoczne i bardzo cienkie, a więc odpowiednie do szycia małych naczyń, jednakże wiąże się źle, jak to mogę zaświadczyć z własnego doświadczenia, i często jest nader łamliwe. Wsysa się bez śladu po czterech miesiącach podług badań Eden'a Przepajanie materjału do szwu parafiną nie jest koniecznem, jak to słusznie podnosi Radliński. Jednakże olej parafinowy, użyty nie tylko do przepojenie szwów, lecz i do zwilżania brzegów naczynia, zapobiega wysychaniu i chroni je od zetknięcia się z sokiem tkankowym, zawierającym zaczyn krzepnięcia. Jedwab parafinowany jest znacznie gładszy i nie posiada owej własności włoskowatego sączka, co stanowi wielką zaletę, zwłaszcza w ranach o niepewnej jałowości. Większość też chirurgów posługuje się szwami, przepojonemi parafiną. Natomiast środki, mające zapobiegać krzepnięciu, jak wyciąg z pijawek, cytrynian sodu i t. d., zostały zupełnie zarzucone, jako zawsze zbędne, a niekiedy nawet szkodliwe. Jak słusznie zaznacza Proust, najlepiej zapobiegamy skrzepom, stosując jak najściślejszą aseptykę, starając się jak najmniej urażać tkanki, a zwłaszcza śródbłonek, i dokładnie dostosowując brzegi naczynia. Dodać do tego należy staranne unikanie zetknięcia ścian naczynia, szwów, narzędzi z tkankami otaczającemi, zwłaszcza z mięśniami. Jest to błąd dość często popełniany, a nierzadko fatalny w swych skutkach. Szew naczyniowy powinien być tak samo nakładany, jak szew jelita; tak samo miejsce szwu powinno być zupełnie odgrodzone od reszty rany i tak samo należy unikać zetknięcia narzędzi lub szwów z czemkolwiekbądź, co nie jest ścianą naczynia. Tylko w jamie brzusznej staramy się w ten sposób uniknąć zakażenia otrzewnej, tutaj zaś odwrotnie chodzi nam o to, aby do śródbłonka i światła naczynia nie przedostały się z otaczających tkanek zaczyny, wywołujące krzepnięcie. Również na jeden szczegół, znajdujący się w bezpośrednim związku z uniknięciem skrzepu, dość mało zwracają uwagi, mianowicie na narzędzie, którem przecinamy lub odcinamy naczynie. Ponieważ brzegi rany naczyniowej są najczęściej szarpane, niekiedy miażdżone i wogóle nie posiadają dobrych warunków do gojenia, więc w większości przypadków wymagają odświeżenia. Wszelkie jednak cięcia ściany naczyniowej wykonywać należy tylko nożem i to bardzo ostrym i cienkim, nożyczki zawsze trochę miażdżą i dlatego nie nadają się do tego. Na froncie w braku czego lepszego posługiwałem się odłamkiem brzytewki bezpiecznej, ujętej w zacisk, i byłem bardzo zadowolony z tego narzędzia, gdyż tnie ono bardzo dobrze, zupełnie nie szarpiąc i nie urażając śródbłonka.

Zeszycie naczynia może być rozmaite, w zależności od wielkości rany. Przy ranach tylko jednej ściany naczynia wystarcza proste zeszycie otworu; większość autorów szyje w tych razach podłużnie, tj. równolegle do osi naczynia. Zmniejszenie w ten sposób światła naczynia nie odgrywa wielkiej roli, albowiem Taddei doświadczalnie dowiódł, że można bezkarnie zmniejszyć światło naczynia o połowę. Są jednak autorowie, np. Haberer, którzy wolą szyć poprzecznie. O ile ubytek ściany jest większy, lecz ciągłość naczynia nie jest przerwana, można usiłować załatać otwór. Jako materjał do tych łat polecano ścianę tętniaka (Kryński, Küttner), co tylko przy operacji tętniaka może być stosowane, lub otoczkę pochwową jądra (*t. vaginalis testis*) (Jon Jaun). Bodaj jednak, że pewniej jest w tych razach odpowiednio przyciąć naczynie i nałożyć szew okrężny. W niektórych miejscach, jak np. na łokciu, jamce podkolanowej, poniekąd na szyji, można zespolić bezpośrednio tętnicę nawet po wycięciu 6—8 cm, odpowiednio zginając kończynę. Nietylko szew taki trzyma, lecz tętnica następnie stopniowo wydłuża się, jak to dowiodły ładne pokazy Parczewskiego wycięcia tętniaków na ostatnim Zjeździe chirurgów polskich. Co się tyczy sposobu szycia, to większość szyje zwykłym okrężnym Carrel'owskim szwem, tylko Haberland woli ściąć naczynie ukośnie i nakłada szew owalny. O ile ubytek naczynia jest tak wielki, że zbliżenie końców jest niemożliwe, można zastosować albo plastykę (zwykle żyła podskórna w pobliżu rany) albo zespolić tętnicę z żyłą, ma się rozumieć, o ile ta ostatnia również nie została uszkodzoną.

Plastyka daje naogół dobre wyniki: Warthmüller zestawił 52 przypadki, z nich 40 z wynikiem dobrym, Węgłowski operował 54 własnych przypadków również przeważnie z wynikiem dobrym. Ciekawą rzeczą jest, że większość niepowodzeń dotyczy tętnic kończyny dolnej. Zespolenie zalecane przez Grant'a było stosowane niejednokrotnie przed wojną w przypadkach początkowej zgorzeli, lecz bez powodzenia. Biorąc jednak pod uwagę, że Narath dowiódł, że można uniknąć zaniku wątroby po podwiązaniu tętnicy wątrobowej, zespalając tętnicę z żyłą wrotną, można rozliczać, że i gdzieindziej przy odpowiednich warunkach anatomicznych zespolenie może mieć wynik dodatni.

Powikłania, spostrzegane po szwie naczyniowym, są podobne, jak i po podwiązaniu naczynia. Możliwym jest krwotok wtórny, aczkolwiek, sądząc z danych piśmiennictwa, bywa on tu rzadziej, niż po podwiązaniu, może w miejscu zeszycia powstać skrzep z wszystkiemi następstwami. Jednakże w ogromnej większości przypadków wszystko przebiega gładko i żadnych powikłań nie bywa. Rzeczą ogromnej wagi jest stan rany pod względem bakterjologicznym: wszelkie cięższe zakażenie zagraża szwu i stanowi przeciwwskazanie do stosowania szwu naczyniowego wogóle. O ile zakażenie jest lżejszem, to najczęściej pomimo to obywa się bez powikłań; nawet, jak wskazuje przypadek Schum'a, może dojść do ropienia bez uszczerbku dla szwu. Jednakże zasadniczo unikać należy zeszycia naczyń w ranach zakażonych; lepiej jest podwiązać na razie i dopiero wtórnie, jak to poleca Pribram, stosować szew, gdy rana się oczyści i badanie bakterjologiczne nie wykrywa już więcej drobnoustrojów.

Wyniki odległe szwu naczyniowego są na razie mniej znane. Zazwyczaj czynnościowych zaburzeń po zeszyciu nie spostrzegamy, ukrwienie jest dostateczne. Czy jednak nie bywa drobnych zaburzeń krwiobiegu, dopiero przyszłość pokaże. Już Graf i Leriche mieli możność stwierdzenia drobnych zaburzeń ze strony układu współczulnego okołotętniczego po zeszyciu. Są one o wiele mniejsze, niż po podwiązaniu, lecz jednak pewne upośledzenie zdaje się pozostawać. Należy pamiętać, że dziedzina układu współczulnego naczyniowego leżała dotychczas odłogiem i obecnie zaczynamy dopiero stawiać pierwsze kroki. Może nowy sposób Barbier'a badania stanu nerwów współczulnych okołotętniczych na podstawie pewnych różnic szmeru naczyniowego okaże się subtelniejszym i wyświetli lepiej, w jakim stopniu uszkadza zeszycie tętnicy splot współczulny.

Z powyższego wynika, że nie może być mowy o wyłącznem stosowaniu szwu lub podwiązki, lecz chirurg od przypadku do przypadku musi rozstrzygać, czy tym, czy innym sposobem ma się posługiwać, licząc się ze stanem ogólnym, z charakterem rany i z tem, jakie naczynie zostało uszkodzone. Wogóle dążyć należy do zeszycia naczynia, lecz o ile ranny jest bardzo wykrwawiony i upadek sił znaczny, lepiej podwiązać lub nawet wprost na razie nałożyć zacisk, odkładając szew na później, gdy pod wpływem wlewania soli i środków pobudzających stan się polepszy. Już Lejars słusznie wskazywał, że podwiązanie wielkiego pnia naczyniowego wzmaga ciśnienie i dlatego w przypadkach takich wskazaną jest podwiązka. To samo należy powiedzieć o ranach z wielkiem zmiażdżeniem tkanek, bardzo zabrudzonych lub znajdujących się już w okresie wyraźnego zakażenia. I tu zyskamy, czekając ze szwem na nastanie odpowiedniejszych warunków. Nie należy jednak uważać podwiązania w tych przypadkach za zabieg ostateczny, lecz tylko za czasowy. Natomiast jest wskazaną podwiązka wszędzie, gdzie zranione naczynie nie ma rozstrzygającego wpływu na ukrwienie. Nie jest to coprawda prawidło bez wyjątków i nie mogę się zgodzić z Radlińskim, że zeszywanie naczyń przedramienia i podudzia jest bawidełkiem. Niezawodnie często to określenie jest trafnem, ale nie zawsze, że przypomnę przypadek Delanglade'a. Były tam uszkodzone obydwie tętnice przedramienia, zeszycie dało wynik bardzo dobry; czyby taki sam osiągnęło podwiązanie, wątpię. Również każden, kto widział częściej sto-

sowany zabieg Władimirow-Mikulicza, wie, jak często tętnica piszczelowa przednia i jej dalszy ciąg, tętnica grzbietowa stopy, okazują się niewystarczalnemi dla należytego ukrwienia stopy. Zeszycie więc tętnicy piszczelowej tylnej bywa niekiedy wskazanem. Obawa niektórych chirurgów, że szew łatwo może puścić, lub że w miejscu zeszycia może powstać tętniak, nie jest uzasadnioną. Stanowczo krwotoki po szwie nie są częstsze niż po podwiązaniu i szew trzyma dobrze, o ile była uwzględniona należycie aseptyka. Powstania tętniaka w miejscu szwu w dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem; bardzo pouczające pod tym względem jest spostrzeżenie Serafinie'go: na 15-ty dzień po wycięciu tętniaka tętniczo-żylnego i zeszyciu otworu w tętnicy tworzy się tętniak; nowy zabieg wykazuje, że miejsce szwu jest mocne, tętniak wytworzył się na przedniej ścianie, gdy zeszytą była tylna.

Jakież wskazówki z powyższego może wyciągnąć chirurg co do zachowania się wobec ran naczyń? O ile, czy to z objawów, czy to ze stosunków anatomicznych rany wnioskować można, że naczynie zostało uszkodzone, a nawet, gdy uszkodzenie jest tylko prawdopodobne, należy szeroko otworzyć ranę lub za pomocą odpowiedniego cięcia odsłonić na dużej przestrzeni całą okolicę odnośnego pęczka naczyniowego. Staranne oględziny pozwolą stwierdzić, czy i jakie naczynia zostały zranione. Kierując się wyżej wymienionemi wskazaniami i przeciwwskazaniami, rozważyć należy, czy zastosować szew, czy podwiązanie. Wszędzie, gdzie jest to wskazane, należy dążyć do zeszycia i nie powinno się odstępywać od tego, zasłaniając się brakami instrumentarjum lub niewyrobieniem technicznem. Każden chirurg powinien posiadać technikę szwu naczyniowego, tak samo, jak się żąda od niego, aby umiał nałożyć szew na jelito. Nie jest też szew naczyniowy trudniejszym od jelitowego.

Starałem się powyżej zobrazować stan obecny chirurgji naczyniowej. Jak już wspomniałem na początku, piśmiennictwo było mi tylko częściowo dostępne; oprócz tego pominąłem rozmyślnie szereg autorów, których prace mają wartość tylko kazuistyczną. Z tego samego powodu nie przytazałem własnych przypadków, tembardziej, że najczęściej traiłem je z oczu bardzo wcześnie, jeszcze przed zagojeniem, a to pozbawia ich wszelkiej wartości. W zagadnieniu bowiem szwu naczyniowego nie chodzi nam obecnie o zagojenie bezpośrednie, lecz o wyniki dalsze, o wartość czynnościową zeszytego naczynia, co tylko dłuższa obserwacja wykazać jest w stanie. Również naumyślnie nie potrącałem kwestji tętniaków, jako dziedziny zbyt rozległej, wymagającej osobnego omówienia. Chodziło mi o przedstawienie całokształtu sprawy i o zachęcenie do szerszego stosowania szwu naczyniowego.

Oceny i sprawozdania.

Antonina Szererowa. **Z historji pozwoju pracy dzieci.** Sosnowiec 1922, stron 110.

Praca p. Szererowej, poświęcona »kobiecie-proletarjuszce«, ma na celu udowodnienie wielkiej szkodliwości zarobkowej pracy dzieci. W tym celu zestawiła autorka prawnicze wiadomości historyczne o nadużywaniu pracy dzieci w różnych krajach (Anglja, Francja, Szwajcarja, Niemcy itd.), stan ustawodawstwa ochronnego, statystykę pracy dzieci według rodzaju pracy i wieku z różnych państw, wreszcie szczegóły o pracy dzieci w różnych gałęziach przemysłu i o szkodliwych skutkach tej pracy dla zdrowia. Autorka dochodzi do wniosku, że praca zarobkowa dzieci powinna być zupełnie zniesiona. *R.*

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Medizinische Klinik.
Nr. 9. z 2. marca 1922.

Franz Bardachzi. **Leczenie duru brzusznego.** Referat poglądowy. Nic nowego.

Arndt. **Zagadnienia salwarsanowe.** Autor wzywa do ostrożności przy stosowaniu salwarsanu, przestrzega przed większemi dawkami i uważa za konieczne wprowadzenie kontroli państwowej nad wyrobem salwarsanu.

Zweifel. **Ciąża a gruźlica.** Autor przytacza statystykę Veita, według której w 65—100% pogarsza się stan gruźliczych wskutek ciąży, i statystykę Seitza, według której przy gruźlicy otwartej doprowadza ciąża 30—60% chorych do śmierci. Liczby te są według autora za wysokie, ponieważ spora liczba gruźlicy bardzo lekkiej nie bywa rozpoznawana i leczona. Przy czynnej gruźlicy płuc (laseczniki w plwocinie, ciepłota) i gruźlicy krtani istnieje bezwzględne wskazanie do jaknajszybszego przerwania ciąży, gruźlica zaś zupełnie wygojona nie daje prawie nigdy wskazania do przerwania ciąży.

F. Glaser i Buschmann. **W sprawie leczenia zapomocą ciał drażniących (*Reizkörpertherapie*) ze szczególnem uwzględnieniem dawkowania.** Autor omawia pokrótce pochodzenie i zapatrywania na leczenie proteinowe i koloidowe, podnosi, że działanie nieswoiste różni się od swoistego tylko wielkością dawki: o ile dla wywołania odczynu ogniskowego przy gruźlicy wystarcza $^1/_{10}$ mg, to dawka preparatu nieswoistego musi być 100—10.000 razy większa. Autor zwraca uwagę na ostrożności jakie zachowywać należy przy gruźlicy. Według Lubarscha w 60% starych ognisk gruźliczych nastąpiło wydzielanie jadowitych prątków gruźliczych. Przy stosowaniu terapji koloidalnej należy uwzględniać: 1. konstytucję, 2. organ schorzały i rodzaj choroby, 3. rodzaj stosowanego środka, 4. wysokość dawki, 5. przerwy pomiędzy poszczególnemi injekcjami. Próba lipoidalna Gabbe'go, nie nadaje się do określenia dawki. Najważuiejszem polem do stosowania proteinoterapji w medycynie wewnętrznej są podostre zapalenia stawów.

Ludwig Dimitz i Pane Schilder. **Symptomatologja guzów mózgu czołowego.** Dokładny opis jednego przypadku glijaka czołowej części mózgu.

Roth i Sternberg. **Zachowanie się wydzielania soku żołądkowego przy niedokrewności Biermer'a i aplastycznej (*Aleukia haemorrhagica*).** Autorowie stwierdzili we wszystkich 14 badanych przypadkach niedokrewności Biermera brak wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym, natomiast w jednym przypadku *aleukia haemorrhagica* wolny kwas solny 20, kwasota ogólna 30. Wobec tego uważają autorowie zachowanie się wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym jako ważny czynnik w rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy niedokrewnością Biermerowską a *aleukia haemorrhagica*.

Aman. **Leczenie chorób zakaźnych.** Autor omawia ogólnie znaczenie proteinoterapji i zaleca stosowanie „*albusolu*", preparatu białkowego, u osobników o silnej konstytucji w ilości 5 ccm wśródżylnie. Najlepsze wyniki otrzymał autor przy stosowaniu albusolu w dawkach od 2—5 ccm w odstępach 2—4 dni.

Schubart. **Projekt ustawy o dobrowolnem jednostkowem świadectwie dla żeniących się mężczyzn.** Artykuł, polemiczny, w którym autor, sędzia, broni swego jednostkowego formularza przed zarzutami.

Ludwik Kleeberg. Odpowiedź p. Schubart. Autor zwalcza projekt Schubarta.

Haberlandt. **Bezpośrednie wykazywanie mięśniowego przenoszenia podniet w sercu kręgowców.**

Fritz Fleischer. **Znaczenie dyspozycji w konstytucji.**

Ernst Runge. **Praktyczne zagadnienia z położnictwa.**

Waitzfelder. **Wykazywanie chronicznego zapalenia wyrostka robaczkowego przez prześwietlanie.**

Nr. 10.

Gustaw Stümpke. **W sprawie żółtaczki po salwarsanie.** Na podstawie kazuistyki, piśmiennictwa i statystyki, wykazuje autor, że niesłusznem jest uważać salwarsan jako przyczynę żółtaczki, występującej u chorych, leczonych salwarsanem.

W. Liepmann. **W sprawie niedomogi płciowej u kobiety.** Autor omawia monografję K. Friedländera: »*Die Impotenz des Weibes*« (1921) i polemizuje z jego wywodami.

Asmus. **O ile zajmuje lekarza praktycznego wczesne leczenie zeza?** Autor omawia przyczyny i sposób powstawania

i leczenia zezu. Zez u dzieci leczyć należy w 1—2—3 roku atropiną i szkłami.

A. Laqueur. **O galwanopalpacji.** Autor poleca tę metodę, jako pomocniczą w rozpoznawaniu schorzeń tętnicy głównej, pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego i otrzewnej.

Wilhelm Hildebrandt i Wilhelm Geulen. **W sprawie leczenia wielkich ropni płucnych po grypie.** Tylko przez odpowiednie ułożenie i ułatwienie ekspektoracji — uleczenie bardzo ciężkiego przypadku ropnia płuc.

H. Fernbach. **Ostry, żółty zanik wątroby, zimnica i salwarsan.** Sekcja wykazuje u 22-letniego mężczyzny, chorego na kiłę, a zmarłego wśród objawów zaniku wątroby — pomimo tego, że nigdy nie opuszczał Berlina i mimo negatywnej anamnezy — zimnicę.

Alfred Mitscherlich. **Oznaczanie środków odżywczych rośliny w glebie.** Nie nadaje się do krótkiego streszczenia.

Ernst Runge. **Praktyczne zagadnienia z położnictwa.** Repetytorjum położnictwa; nic nowego.

Ernst Edens. **Nowe prace z zakresu chorób serca i naczyń.** Referat zbiorowy. *Z. St.* (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Patologja i anatomja patologiczna.

Virchows Archiv.

T. 234. 1921.

H. Bettinger. **O chorobie obrzękowej na podstawie spostrzeżeń wojennych w patologicznym instytucie w Halle.** Spostrzeżenia autora dotyczą 136 przypadków sekcyj, wykonanych przez Benekego w czasie wojny. Materjał sekcyjny pochodził z obozów jeńców wojennych, i to najrozmaitszej narodowości, głównie Rosjan. Obrzęki spostrzegał najczęściej koło kostek, następnie wogóle na kończynach, a nawet na całem ciele. Prócz tego spostrzegał opuchliny jam surowiczych, klatki piersiowej, worka osierdziowego, komór mózgu, najczęściej jamy brzusznej. Stale występował zanik tkanki tłuszczowej, która stawała się nieraz galaretowatą; podobnie i szpik kostny tracił tłuszcz i stawał się galaretowatym. Uderzający był ubytek względnie brak lipoidów w nadnerczach. Narządy stale znajdowały się w zaniku, niektóre w zaniku brunatnym z obecnością hemosyderyny. W niektórych przypadkach stwierdzał owrzodzenia w kiszce grubej, jednak bez charakteru czerwonkowego. Jako powikłania występowało często zapalenie płuc. W pewnej ilości stwierdzał gruźlicę, która, zdaje się, z postępem choroby obrzękowej, również się rozwijała. Obrzęki niewątpliwie nie są pochodzenia nerkowego, lecz pozostają głównie w związku ze składem zmienionym krwi, zmniejszoną ilością białka, z zaburzeniem przemiany materji i nienależytem wydalaniem ciał krystaloidowych, wskutek czego ciała koloidowe tkanek mają większą siłę przyciągania wody. Warunkiem do tego była strawa wojenna, obfita w NaCl. Do pewnego stopnia stwierdzono to doświadczalnie. Prawdopodobnie ma tu znaczenie znaczne uszkodzenie komórek, a więc i śródbłonków naczyń, wywołane wysokiego stopnia zubożeniem ich pod względem zawartości lipoidów.

A. Kappeler. **O znaczeniu obleńców** (*nematodes*) **dla powstawania wgłobienia jelit.** Przy sposobności sekcyjnie badanego przypadku omawia autor wpływ obleńców na powstawanie wgłobień jelitowych. W myśl badań Proppinga i Nothnagla uważa autor miejscowy skurcz jelita za wstęp nieodzowny dla mechanizmu wgłobienia jelitowego. Miejsce skurczone jelita jest tym ustalonym punktem, na które niejako nadziewa się nieskurczony a poniżej skurczu położony odcinek jelita. W ten sposób to nadziewanie się odbywa się przy wgłobieniu nie w kierunku odbytu, lecz przeciwnie w kierunku otworu ustnego. Zasadniczy miejscowy skurcz (*spasmus*) jelita może być wywołany przez różne czynniki wzgl. bodźce; do nich też niewątpliwie należy zaliczyć pasorzyty przewodu pokarmowego, jak zwykłą glistę ludzką i włosogłówkę (*trichocephalus*). Przypadek autora dotyczył $11\frac{1}{2}$-letniej dziewczyny, która kilkakrotnie w dłuższych odstępach czasu zapadała na gwałtowne bóle brzucha, wymioty, biegunki. W czasie jednego z takich napadów rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego, z powodu czego też wykonano otwarcie brzucha i stwierdzono wgłobienie kątnicy i jelita biodrowego w ramię wstępujące kiszki grubej. Na szczycie wgłobienia stwierdzono liczne włosogłówki. Wyrostek robaczkowy wykazywał przekrwienie i obrzęk błony śluzowej i powiększenie grudek chłonnych. Powstanie wgłobienia w opisanym przypadku tłómaczy autor mechanizmem wyżej przedstawionym, a za czynnik drażniący przyjmuje znalezione włosogłówki.

E. Jacobstahl. **W sprawie fagocytozy myeloblastów, myelocytów i eozynochłonnych leukocytów (z uwagami, dotyczącemi delikatnej budowy leukocytów eozynochłonnych).** Do badań swych użył autor ciałek białych z krwi białaczki szpikowej ostrej, myeloidowej białaczki przewlekłej i choroby Hodkinsa z mnogiemi naciekami w skórze i wybitną eozynofilją. Badania przeprowadzał oczywiście w preparatach płynnych niebarwionych, a także barwionych. Ciałami pożeranemi były ziarnka cynobru, gronkowce, czworniaczki, laseczniki gruźlicy itp. Otóż autor stwierdził, że macierzyste komórki obojętnochłonnych leukocytów, t. j. myeloblasty i myelocyty, mają zdolność pożerania *in vitro* cynobru i drobnoustrojów, podobnie także eozynochłonne leukocyty. Przy badaniu żywych i zabarwionych pożerających eozynochłonnych komórek stwierdził autor w tych komórkach jednostajne zasadowe pierwoszcze, w którem znajdują się typowe eozynochłonne i silnie załamujące światło ziarna (Naegelego), które autor nazywa »Glasgranula«. Czynność pożerania prowadzi w komórkach eozynochłonnych do rozdzielenia ziarnistej entoplazmy od zasadowej ektoplazmy, która przy pożeraniu może wytwarzać wypustki w postaci rogów jelenich, przyczem w komórkach tych wytwarza się duże, blade, pęcherzykowe jądro. Autor spostrzegał wreszcie wytwarzanie się kryształów Charcot-Leydena z komórek eozynochłonnych.

M. Schmidtmann. **W sprawie myeloma multiplex.** Zapatrywania na budowę komórkową i pochodzenia komórek myeloma nie są jeszcze w zupełności ustalone, stąd rozróżnianie *myelocytoma, lymphocytoma, plasmocytoma i erythrocytoma*. Autorka w swym przypadku niewątpliwego myeloma stwierdziła niewątpliwie obecność jedynie komórek plazmatycznych. Zastanawia się jednak, czy rzeczywiście to *plasmocytoma* należy uważać za myeloma w ścisłem słowa znaczeniu, a zatem za nowotworowe bujanie komórek szpiku kostnego, i na podstawie zapatrywań co do pochodzenia komórek plazmatycznych przychodzi do przekonania, że jest to istotnie myeloma. Zapatrywania na istotę myeloma były i dziś są jeszcze różne; główna jednak część badaczy uważa mnogie myeloma za systemowe schorzenie limfatyczno-krwionośnego pochodzenia, niektórzy za pewien rozrost szpiku kostnego. Inny przypadek, spostrzegany przez autorkę, gdzie u kobiety 63-letniej znajdował się rozrost szpiku wszystkich kości, a nadto nieliczne guzy na żebrach, kręgach i kości biodrowej o typowej budowie z różnych rodzajów komórek szpiku kostnego, potwierdzałby do pewnego stopnia zdanie o związku myeloma z rozrostem szpiku kostnego.

M. Askanazy i W. Brack. **Wczesna dojrzałość płciowa u idjotki z niedorozwojem szyszynki.** Kliniczny i sekcyjny opis przypadku, dotyczącego 23-letniej idjotki, kleszczowo urodzonej, która już od wczesnego dzieciństwa okazywała wszelkie cechy idjotyzmu. Już w 10 roku życia wystąpiły u niej cechy cielesne dojrzałości płciowej, jak rozwój sutków, owłosienie itd., w 13 roku zaś regularność, która jednak ustąpiła po pewnym czasie. Na kilka lat przed śmiercią wystąpiły napady padaczkowe, wśród których w 23 roku życia nastąpiła śmierć. Sekcja wykazała zmiany w mózgu, mianowicie dziurkowatość jego i niedorozwój szyszynki, dalej utrzymaną grasicę, rozrost tkanki chłonnej gardła i wól, a wreszcie gruźlicę macicy i trąbek. Narządy płciowe zewnętrzne i wewnętrzne były wcale dobrze rozwinięte. Autorowie przedwczesny rozwój płciowy odnoszą w tym przypadku do niedorozwoju szyszynki, powstałego już bardzo wcześnie. W przypadku tym nie przyszło jednak w dalszym ciągu do hypergenitalizmu (*h. adultorum*); możliwem jest, że istnienie wola lub ciężkiego schorzenia mózgu nie dopuściło do jego rozwoju.

E. Joest. **Kilka uwag w sprawie pochodzenia odmy pęcherzykowej jelit (Pneumatosis cystoides intestini).** Autor jest przeciwnikiem zapatrywania, jakoby odma pęcherzykowa jelit była następstwem dostawania się powietrza do tkanki jelita pod wpływem podwyższonego ciśnienia śródjelitowego. Gdyby tak było — znacznie częściej musielibyśmy spotykać się z tą zmianą u ludzi i zwierząt. Błona śluzowa zdrowa a nawet schorzała nie przepuszcza gazów jelitowych. Rozmieszczenie pęcherzyków gazowych, w szczególności u świń w głębi krezki, przemawia również przeciw tego rodzaju powstawaniu tej sprawy. Autor jest zwolennikiem zapatrywania o drobnoustrojowem pochodzeniu omawianej odmy, przyczem u zwierząt karmienie szczególnie mlekiem i bogatemi w węglowodany ziemniakami może łatwiej (jak u świń) prowadzić do tworzenia się gazów z rozszczepu cukru (mlekowego), zwłaszcza przy już istniejącym nieżycie kiszek, który prowadzi do łatwego wnikania odpowiednich drobnoustrojów. Nagół jednak autor nie uważa odmy, spotykanej u zwierząt (świń), za zupełnie identyczną z ludzką. U ludzi sprawa występuje chętnie w jelicie grubem, pęcherzyki w samej ścianie jelit, dalej u ludzi występują zwykle objawy chorobowe, jak wrzód, zaparcie stolca, wzdęcie brzucha itp. — u świń zmiana nie daje żadnych objawów. (Patrz prace Ciechanowskiego i Nowickiego).

R. Schmidt i W. Teichmann. **Przypadek t. zw. udaru trzustki w przebiegu posocznicy niewiadomego pochodzenia.** Po przytoczeniu zapatrywań co do powstawania wymienionej zmiany trzustki opisują autorowie przypadek krwotoku do trzustki u kobiety ciężarnej z dość uporczywemi wymiotami ciążowemi, która nagle zachorowała wśród silnego bolu w brzuchu; wkrótce nastąpił przedwczesny poród nieżywego dziecka, następnego zaś dnia wśród majaczeń i osłabienia serca śmierć. Sekcja wykazała głównie zmiany w trzustce pod postacią starszych i świeżych wylewów krwi, zatarcie jej budowy i ogniska martwicze — w całości trzustka przedstawiała się jako ciemno-brunatna miejscami galaretowata masa. Całość sekcji odpowiadała, zdaniem autorów, posocznicy, dla której jednak nie mogli wykazać wrót zakażenia. Co do udziału trzustki w obrazie klinicznym, możliwem jest stopniowe »zatruwanie« ustroju ze strony trzustki w miarę powstawania w niej wylewów krwi, o czem świadczyłaby także obecność w niej pochodnych barwików krwi.

W. Nowicki (Lwów).

Gruźlica.

The Lancet.
5. XI. 1921

F. P. Weber. **Gruźlica i jej stosunek do innych schorzeń ustroju.**

W. wychodzi z założenia, że gruźlica jest wadliwym wytworem ubocznym ułomnej cywilizacji, a chociaż więcej, niż połowa ludzkości ma w sobie zmiany gruźlicze, jednak śmiertelność ogólna na gruźlicę maleje stopniowo. Dzieje się to za sprawą czynników następujących: 1) występowania względnej odporności na skutek masowego zakażenia, 2) zastosowania środków zapobiegawczych, oraz 3) podniesienia dobrobytu powszechnego. W środowiskach kulturalnych zakażenie gruźlicą następuje przeważnie w ciągu dzieciństwa. Gruźlica wrodzona stanowi rzadkość nadzwyczajną. Zakażenie przez długi czas może pozostać w stanie utajonym, albo też powoli wygasnąć. Co się tyczy dróg zarazka, najczęstsze są: 1) przez drogi oddechowe i 2) przewód pokarmowy. Zakażenie przez łożysko, jak również na drodze płciowej, stanowi wielką rzadkość. Przenikanie przez skórę, jest wielką rzadkością: w razie współistnienia g. skórnej i narządów wewnętrznych — ostatnie siedlisko zawsze jest pierwotnem. Calmette przypisuje duże znaczenie przenikaniu zarazka przez łącznicę oczną (gdy np. suchotnica matka swoją brudną chustką do nosa obciera łzy zapłakanemu dziecku). Ten sam autor twierdzi, że laseczniki, przenikając do ustroju przez błony śluzowe, nie pozostawiają na nich żadnego śladu chorobowego. Zdaniem C. zarazek krowi powoduje głównie dziecinne zajęcie gruczołów chłonnych. Wprawdzie niejednokrotnie obfitują w podobne sprawy miejscowości zupełnie wolne od zarazków «krowich». Ciekawie przedstawia się zagadnienie odporności wobec świeżego zakażenia. Jeśli ustrój potrafi nabyć odporność w danej fazie zakażenia, stan ten nie trwa długo i nowe zakażenie występuje przy lada okazji. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, iż uodpornienie jest możliwe jedynie przez szczepienie zarazków żywych, a nie hodowli zabitych. Ciężkie postacie wyniszczającego zakażenia wieku dojrzałego są wyrazem bądź obostrzenia tlejącej oddawna sprawy, bądź nowem zakażeniem ustroju osłabionego. Dobry stan ogólny nie zawsze jest czynnikiem decydującym: wiadomo, między innemi, iż ludzie najbardziej zdrowi, przenosząc się z krain niekulturalnych w strony kulturalne, łatwo padają ofiarą gruźlicy. Podobną rolę grają nieraz urazy. Łagodne zakażenie gruźlicze w postaci np. wilka zabezpiecza pod ciężkiemi schorzeniami płucnemi. W większości przypadków zakażenie wieku niemowlęcego, zostaje zobojętnione przez siły obronne ustroju, choć laseczniki nie giną, lecz trwają w stanie nieczynnym wmurowane w gruczołach chłonnych itp. Czasami udaje się im wtargnąć do krwioobiegu, powodując gruźliczą «bakterjemję», co może być punktem wyjścia takich fatalnych spraw, jak np. swoistego zapalenia opon mózgowych, otrzewny, wreszcie przeróżnych spraw «tyfoidalnych», pod któremi może się ukrywać prosówka. Znana jest powszechnie rola cukrzycy w wywoływaniu g. zakażenia, choć bywa i odwrotnie, mianowicie gruźlicze zajęcie przysadki mózgowej może wywołać cukrzycę. Przymiot o tyle tylko jest w stanie sprzyjać wybuchowi g., o ile idzie w parze z charłactwem, zauważyć jednak należy, iż kiłowi bardzo często cieszą się kwitnącym stanem zdrowia. O stosunku gruźlicy do marskości wątroby pisano wiele, często marskość ta zależy od spraw swoistych (gruzełków), powstających w wątrobie. Istotna marskość — bez ognisk serowatych — może być wyrazem odporności komórek wątrobowych. Na tle gruźliczem «żółtaczka toksemiczna» z zanikiem wątroby stanowi wielką rzadkość. *Lymhogranulomatosis maligna*, czyli choroba Hodgkinsa, nie da się powiązać przyczynowo z gruźlicą. Co się tyczy cierpień serca, to zmiany w ujściu żylnem lewem, jako powodujące przewlekłe przekrwienie bierne płuc, nie sprzyjają powstawaniu gruźlicy. Natomiast wrodzone zwężenie tętnicy płucnej, powodujące ogólną «inwalidność», nie daje żadnej gwarancji. Nie zapominajmy, że gruźlica może być powodem chorób sercowych pierwotnych.

Co się tyczy «artrytyzmu», względnie skazy moczanowej, również wielu uważa ją za zabezpieczenie przeciw gruźlicy. Zdaje się, iż ma to słuszność o tyle, o ile skaza idzie w parze z odżywianiem wyższem ponad normę, zresztą liczne bywają pod tym względem wyjątki. Stosunek nerek i ciśnienia krwi do gruźlicy bywa wielokrotnie omawiany: istnieje związek pomiędzy gruźlicą płucną a niskiem ciśnieniem naczyniowem i niedokształceniem serca, białkomocz, przewlekłe podrażnienie nerek i napady ich stanów zapalnych, mogą być powodowane przechodzeniem przez nie zarazków i toksyn gruźl. Ciekawe cyfry podaje Dickinson w wyniku oględzin pośmiertnych osobników, zmarłych na ziarniste zwyrodnienie nerek, mianowicie na 250 podobnych przypadków znalazł współistniejące zmiany gruźlicze w 20.8%, co stanowi, podług ustalonej statystyki, cyfrę znaczniem niejszą od normy. Gdy laseczniki przechodzą przez nerki, odczyn i zmiany przez nie powodowane zależą z jednej strony od odporności tkanki nerkowej względem gruźlicy, z drugiej strony od ilości i zjadliwości zarazków; w razie niekorzystnym powstają typowe zmiany gruźlicze, mianowicie makroskopowe ogniska serowate i mikroskopowe — gruzełki; przy korzystnym dla ustroju układzie stosunków występują zmiany bliznowate w postaci zapalenia śródmiąższowego.

W obrębie klatki piersiowej zasługuje na uwagę występująca u ludzi pozornie zdrowych odma piersiowa «idiopatyczna». Nie ulega wątpliwości, iż w większości przypadków zależy ona od skrycie przebiegającej sprawy gruźliczej, usadowionej na powierzchni płuca, a taki czynnik, jak kaszel, kichanie lub t. p. powoduje pęknięcie pęcherza podsurowiczego, szczególnie przy istniejącym zroście powierzchni opłucnych. Potwierdzenie znajdujemy w wynikach oględzin pośmiertnych, stwierdzających stare zmiany wierzchołkowe.

E. Lewenstern (Warszawa).

Revue de la Tuberculose.
T. II. Nr. 3 1921.

G. Kuss. **Znaczenie ścisłych pomiarów ciśnienia wewnątrzopłucnowego przy leczeniu gruźlicy płuc odmą sztuczną.** W każdym przypadku odmy sztucznej istnieje lecznicze optimum ciśnienia; należy je określić, by przy każdej insuflacji przy niem pozostać, zmieniając je dopiero wtedy, kiedy w przebiegu choroby zajdą wymagające tego powody. W celu ściślejszego oznaczenia ciśnienia Kuss proponuje, zamiast wązkich manometrów, wodnych manometry o ruchach szerokich. Aby uniknąć błędów przy określaniu ciśnienia, należy też używać niezbyt wązkich igieł; ciśnienie powinno się odczytywać dopiero wtedy, gdy powierzchnia płynu w butli, pozostającej w połączeniu z przestrzenią opłucnową, jest nieruchoma. Autor od lat 10-ciu posługuje się krzywemi ciśnienia. Na zasadzie otrzymywanej krzywej autor wnioskuje, czy ma przerwać wdmuchiwania, czy też dalej wpuszczać gaz. Krzywe wykazują, że można otrzymać doskonałe zapadnięcie się płuca przy ciśnieniu ujemnem (—3, —4), a nawet znaczne przesunięcie śródpiersia przy ciśnieniu ujemnem (—2).

E. Arnould. **Okoliczności i warunki zewnętrzne zakażenia lasecznikami gruźliczemi.** Autor przytacza spostrzeżenia, tyczące się dzieci, u których przeprowadzono systematyczne szczepienia tuberkuliną w celu określenia czasu zakażenia się gruźlicą. Okazało się, że we wszystkich przypadkach świeżego zakażenia dzieci przebywały przez pewien czas (choćby przez kilka godzin) w bliskości chorych na gruźlicę otwartą. Zdaniem autora, zakażenie odbywa się głównie przez bezpośrednie przenoszenie się laseczników z jednego osobnika na drugiego; czasami dzieje się to przez pocałunki między chorym i dzieckiem, przyczem usta i palce chorego bywają pokryte cząstkami plwocin, zawierających laseczniki. Najpewniej jednak kropelki plwociny podczas kaszlu lub mowy chorego, jak tego dowiódł Flügge przed 20 laty, mogą osiadać na oczach, wargach, twarzy i rękach ludzi w otoczeniu chorego przebywających na odległości jednego metra lub niewiele dalszej. Wtedy zakażenie następuje przez błony śluzowe jamy ustnej, gardzieli, oczu. (Być może, że zakazić się też można przez wdychanie powietrza, zawierającego zawiesinę plwocin). Daleko mniejszą rolę w zakażeniu odgrywa mieszkanie chorego, meble, bielizna, ubranie, chustki, pokryte plwociną niezbyt świeżą lub wyschniętą. Skromną rolę w zakażeniu odgrywają plwociny wysuszone, w postaci pyłu. Co się tyczy zapobiegania, to, jeżeli nie możemy ze względów społecznych, moralnych lub pieniężnych odosobnić wszystkich chorych z otwartą gruźlicą — musimy zadowolić się odosobnieniem względnem. Musimy się starać, by zakażenie, którego uniknąć niepodobna, nie powtarzało się przynajmniej w blizkich odstępach czasu.

A. Courcoux i P. Labesse. **Częstość gruźlicy płuc u starców.** Gruźlica płuc u starców jest równie częsta, jak u dorosłych. Statystyki amerykańskie i japońskie wykazują, że odsetek śmiertelności z powodu gruźlicy płuc starców zbliża się do odsetka śmiertelności wieku dojrzałego i wynosi, u osobników starszych ponad 65 lat, na 10.000 żyjących, 23,71 do 22,5. Statystyki angielskie i francuskie wykazują liczby mniejsze, lecz opierają się one, zdaniem autora, na niezbyt dokładnem rozpoznaniu, gdyż gruźlica płuc mieści się tam często pod rubryką śmiertelności z powodu nieżytów przewlekłych oskrzeli. Z punktu widzenia społecznego sprawa gruźlicy u starców ma ważne znaczenie, gdyż starcy odgrywają dużą rolę w rozpowszechnianiu gruźlicy wśród dzieci.

Fernand Arloing i Lucien Thévenot. **Wpływ soli ziem rzadkich na rozwój oraz na postać lasecznika gruźliczego typu ludzkiego w hodowlach jednostajnych S. Arloing'a.** Autor dodawał do hodowli sole, jak neodymę, praseodymę, samarium, lantanę. Dawki duże hamowały rozwój hodowli, które po miesiącu miały pozór hodowli 24-godzinnych. Dawki średnie, małe i słabe wpływały hamująco na rozwój hodowli. Co się tyczy wpływu na postać lasecznika gruźliczego, to pod wpływem tych soli wyrastały przeważnie postacie długie, proste lub z rozgałęzieniami o strukturze jednostajnej. Spotykano również postacie długie, zawierające ziarenka. Kwasoodporność laseczników nie ulegała zmianie.

A. Grigaut. **Zawartość lipazy w tkance płucnej.** Tkanka płuca zawiera lipazę, którą porównać można z lipazą trzustki. Wprowadzanie w doświadczeniu tłuszczów do trzustki i wątroby zwiększa ilość lipaz w tych narządach. To samo widział autor, wprowadzając tłuszcze do tkanki płucnej (bądź przez tchawicę, bądź dożylnie): zdolność lipolityczna tkanki płucnej wzmagała się. Wobec znanego składu chemicznego lasecznika gruźlicy badania w tym kierunku dokonywane mogą doprowadzić do wykrycia sposobu niszczenia laseczników przez tkankę płucną. *A. Tenenbaum* (Łódź).

Choroby skórne i weneryczne.
Bulletin de la Société Française de Dermat. et de Syphiligraphie.

Hudelo i Cailliau. **Badanie histologiczne przypadku plamistego zaniku skóry.** Szczegółowy opis obrazu histologicznego do przeczytania w oryginale.

Hudelo i Cailliau. **Rumień ze zmianami barwikowemi, zanikowemi i twardzinowemi w przebiegu kiły.** Mężczyzna 45-letni miał prócz kilaków wrzodziejących w zgięciu podkolanowem, także inne zmiany na skórze, których autorowie nie mogli uważać za zmiany pozostające w jakimkolwiek związku z kiłą. Zmiany usadowione były na skórze brzucha, okolicy lędźwiowej, pachwinowej i bokach klatki piersiowej, a miały się rozwinąć w ciągu 2—3 miesięcy. Miały one charakter plam wielkości soczewicy, barwy czerwono-brunatnej z odcieniem sinawym, leżących w płaszczyźnie skóry, a więc ani nie wzniesionych ani nie zapadniętych. Plamy, bądź były odosobnione, bądź zlewały się w większe ogniska o zarysach map geograficznych. Z czasem ulegały przebarwieniu barwikiem skóry lub też punktowatemu odbarwieniu. Badanie histologiczne stwierdziło cechy właściwe samoistnemu plamistemu zanikowi skóry i nie udowodniło bynajmniej natury kiłowej tego zaniku. Na podstawie tych danych i danych klinicznych (plamy zanikowe powstawały na skórze przedtem zupełnie prawidłowej, wolnej od wykwitów kiłowych) wnoszą autorowie, że kiłę jako przyczynę owych plam zanikowych należy stanowczo wyłączyć, a etjologji tych zmian dopatrywać się raczej w jakichkolwiek zaburzeniach całego ustroju, bliżej nam nieznanych, być może w zaburzeniach w wydzielaniu wewnętrznem.

Leredde i Dronet. **Opłakane wyniki rtęciowego leczenia dziecka z kiłą wrodzoną.** Zdaniem autorów rodzi się we Francji rocznie 50.000 dzieci dotkniętych kiłą wrodzoną, z tych conajmniej 5.000 mogłoby być ocalonych i żyć w zdrowiu, gdyby kiła była wcześnie rozpoznaną i gdyby przeprowadzono należyte leczenie. Zdaniem autorów dzieje się przeciwnie. Lekarze chorób dzieci nie zwracają dostatecznej uwagi na możliwość istnienia kiły wrodzonej, nie szukają jej cech dość troskliwie, a jeżeli leczą kiłę dzieci, to leczą ją przeważnie rtęcią, sposobem, zdaniem autorów, już dziś przestarzałym, usuwającym jedynie objawy kiły a nie zapobiegającym istocie choroby i jej skutkom. Autorowie są zwolennikami leczenia arseno-benzolem lub sulfarsenolem. Jako dowód opłakanego wyniku niedostatecznego leczenia rtęcią przedstawiają dziecko 26 miesięczne, wynędzniałe, niedokrwiste, z sapką kiłową, obrzękiem wątroby i śledziony. Wszelkie sposoby stosowania rtęci u dzieci uważają za niedostateczne, a możliwość osiągnięcia tą drogą wyników korzystnych za bardzo wątpliwą.

W dyskusji zauważa Renault, że na podstawie jednego przypadku nie można wyciągać wniosków ogólnych co do wartości leczenia rtęciowego i przytacza przypadek wczesnego wystąpienia kilaków u chorego, leczonego 20 wstrzykiwaniami arsenobenzolu. Zapytuje, czy z tego należy podobne wyciągnąć wnioski. Milian zwraca uwagę, że właśnie lekarzom chorób dzieci należy zawdzięczać udoskonalenie techniki stosowania arsenobenzolu (wlewania dożylne i śródoponowe).

Milian i Cattenot. **Leczenie gruczolaka limfatycznego podniebienia miękkiego radem i rentgenoterapją. Wyzdrowienie.** Opis przypadku, w którym autorowie stosowali naprzód leczenie promieniami Roentgena i uzyskali ustąpienie zmiany, ale doczekali się wkrótce nawrotu w tem samem miejscu. Tym razem zastosowali rad, działając nim przez 48 godzin. Bóle ustąpiły w dniach najbliższych, a owrzodzenie wygoiło się zupełnie po dwu tygodniach. Po miesiącu wystąpiło nowe ogni-

sko na języku, w okolicy nagłośni. To ognisko naświetlone trzykrotnie promieniami Roentgena również się zagoiło. Zdaniem autorów gruczolaki limfatyczne ustępują łatwo przy leczeniu ciałami promieniotwórczemi, ale trzeba też pamiętać o możliwości nawrotów bądź to w tem samem, bądź w innem miejscu.

Milian i Périn. **Zgorzel prącia, przeszczepienie na królika.** Dodatnie wyniki szczepienia tak cząstki zgorzeli jakoteż hodowli buljonowej.

Milian i Périn. **Rumień pęcherzowy po antypirynie.** Autorowie opisują przypadek rumienia toksycznego, który wystąpił u chorego w trzy dni po zażyciu antypiryny i oprócz plam żywo czerwonych i pęcherzy na skórze wywołał zaburzenia ogólne w postaci dreszczów i podwyższenia ciepłoty. Choremu po ustąpieniu objawów podano trzykrotnie antypirynę w dawkach po 0,5 i 0,25. Dawki po 0,5 wywołały za każdym razem tesame objawy na skórze i temsamem objawy ogólne o zupełnie równem nasileniu. W 3 godz. po spożyciu 0,5 antypiryny gwałtowne dreszcze kilka godzin trwające, potem stopniowe podwyższenie ciepłoty do 40°, wreszcie silne poty i powrót do stanu prawidłowego w dniu najbliższym. Dawka 0,25 wywołała podobne objawy, ale znacznie słabsze. Badanie w kierunku zimnicy ujemne. Możliwość nadwrażliwości na antypirynę odrzucają autorowie w tym przypadku stanowczo, a to ze względu na typową zależność nasilenia objawów od dawki, powtóre ze względu na to, że liczne próby z krwią chorego, wstrzykniętą morskim świnkom, wypadły za każdym razem ujemnie. Dalsze badania wykażą, czy tę nadwrażliwość można będzie usunąć przez stopniowe podawanie małych dawek antypiryny. Flandin sądzi, że takie odwrażliwienie (desensybilizację) możnaby osiągnąć małemi dawkami, ale przejściowo, nie na czas nieograniczony.

Milian i Périn. **Żółtaczka w kile trzeciorzędnej.** Autorowie opisują przypadek żółtaczki, która wystąpiła w okresie kiły trzeciorzędnej w 20 lat po zakażeniu. Wobec braku objawów klinicznych, mogących uzasadnić jakąkolwiek inną przyczynę żółtaczki, dopatrują się autorowie przyczyny jej jedynie w kile trzeciorzędnej, tembardziej, że równocześnie istniejące objawy trzeciorzędne i dodatni odczyn Wassermanna dawały dostateczną podstawę do tego przypuszczenia Te rodzaje żółtaczki należy wyosobnić z grupy żółtaczek poarsenowych i w tych przypadkach można stosować leczenie arsenobenzolem. Leczenie próbne kalomelem, podawanym wewnętrznie, utwierdziło rozpoznanie. Żółtaczka ustąpiła szybko, zmniejszył się też znacznie obrzęk wątroby, jedyny objaw żółtaczce towarzyszący. Należy pamiętać, że istnieją żółtaczki, wywołane jedynie przez kiłę.

Thibierge i Rabut. **Ziarniniak chłonny twarzy, ramion i palców.** Opis przypadku. Badanie histologiczne wykazało utkanie o typie sarkoidów Boecka i przeszczepienie na świnkę morską bez wyniku.

Thibierge i Rabut. **Gruczolaki łojowe symetryczne na twarzy.** Przypadek dotyczył 16-letniego dziewczęcia, dotkniętego padaczką i wyraźnym niedorozwojem umysłowym. Zdaniem autorów u takich właśnie osobników gruczolaki łojowe napotyka się często. Gruczolaki wielkości prosa lub ziarna pszenicy rozsiane były na nosie i twarzy, miały barwę różową o różnych odcieniach, aż do barwy purpurowej, i znaczną zbitość; w otoczeniu kilka rozszerzeń naczyniowych.

W dyskusji Balzer zauważa, że gruczolaki łojowe napotyka się i u ludzi umysłowo dobrze rozwiniętych, a Darier dodaje, że nierzadką jest kombinacja gruczolaków łojowych z nerwowłókniakami i uważa obie postacie chorobowe za rodzaj znamion (*naevi*).

Desaux i Boutelier. **Kiła wrodzona ze znacznemi zmianami kostnemi goleni i przedramion.** W opisanym przypadku, dotyczącym dziewczynki 10-letniej, prócz zębów, typowych dla kiły wrodzonej, i licznych blizn po kłlakach stwierdzili autorowie szablaste wygięcie i znaczne zgrubienie obu kości goleniowych, ponadto podobne wygięcie i zgrubienie obu kości sprychowych. Zgrubienie i zniekształcenie kości goleniowych jest objawem w kile wrodzonej często napotykanym, natomiast tężsame zmiany w kościach przedramienia należą, zdaniem autorów, do rzadkości.

Gougerot i Ruppe. **(Lèpre neurotrope: Lèpre familiale nerveuse »pseudo-vitiligineuse«). Trąd nerwozwrotny. Trąd rodzinny nerwów »rzekomo-plamisty«.** Opis dwu przypadków trądu u ojca i syna. W obu przypadkach zmiany były niemal identyczne, a dotyczyły głównie nerwów tak, że mimo plam barwikowych na skórze autorowie zaliczają oba przypadki do typu trądu znieczulającego. Przypadki te dowodzą nietylko zakaźności trądu, ale każą przyjąć, że istnieją dwie odmienne »rasy« prątka trądu: nerwozwrotna i skórnozwrotna. Pierwsza wywołuje trąd znieczulający, druga trąd guzowaty. Zdaniem autorów prątek trądu może się »wyspecjalizować« w jednym tylko kierunku i w tej samej rodzinie u kilku osobników wywołać te same zmiany chorobowe.

P. Fernet i S. Rabreau. **Aplasia moniliformis pilorum.** Przypadek o tyle odbiegający od typu zwykle spostrzeganego, że nie można w nim było wykazać dziedziczności, również nie stwierdzono na skórze tułowia lub odnóży objawów *keratosis pilaris*, a jedynie na skórze głowy była ona nieznacznie zaznaczoną. Cech kiły wrodzonej nie stwierdzono. U rodziców blizkie pokrewieństwo. Zdaniem Sabourand'a istnieją przypadki niedziedzicznej *aplasia pilorum moniliformis*. Leczenie jest uciążliwe i mało skuteczne. Należy stosować maści dziegciowe, a głowę myć żółtkiem jaja, nie mydłem, bo włosy są bardzo łamliwe. *L.* (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 11. stycznia 1922 r.

Przewodniczy kol. Wojciechowski, członków obecnych 72.

1. Wniosek, aby: kol. Rosnerowi i kol. Ciechanowskiemu nadać tytuł Członków honorowych Towarzystwa, przyjęto jednogłośnie przez aklamację.

2. Do komisji budowlanej wybrano kolegów Seńkowskiego, Nowaka, Rosnera. Wojciechowskiego i Piotrowskiego, a w sprawach technicznych polecono porozumieć się z inżynierami: Nitschem i Struszkiewiczem.

3. Kol. Wachholz interpeluje w sprawie „Polskiego Czasopisma lekarskiego", zarzucając wygórowaną cenę prenumeraty w stosunku do objętości i szaty pisma, i pragnąłby widzieć przeprowadzenie pewnych reform w technice redakcyjnej. Przewodniczący udziela w tej sprawie tymczasowych wyjaśnień, które kol. Wachholz przyjmuje do wiadomości.

4. Kol. Majewski przedstawia chorego, okazującego na lewem oku **całkowite zwichnięcie przeźroczystej soczewki** do przedniej komory. Chory stracił oko prawe skutkiem urazu, nie przypomina sobie jednak żadnego urazu na oku lewem. Ze względu na małe rozmiary zwichniętej soczewki (średnica 7 mm) można w tym przypadku przypuszczać wrodzone nadwichnięcie soczewki, które często łączy się z jej niedorozwojem. Zwichniętą soczewkę należy wydobyć z oka, ponieważ może ona każdej chwili wywołać jaskrę następową, zwłaszcza jeżeli przy ruchach oka uwięźgnie w źrenicy tak, jak się to raz już stało w przebiegu spostrzegania u przedstawionego chorego.

5. Kol. Kerelus przedstawia przypadek **mięsaka pozagałkowego**, powstałego wskutek urazu, doznanego przed 4 miesiącami. Mowca omawia różnice między tem cierpieniem a krwotokiem pozagałkowym i zapaleniem okostnem gałki ocznej.

W dyskusji kol. Majewski wspomina o przypadku obecnie spostrzeganym, w którym przyczyną wysadzenia gałki ocznej jest nie nowotwór, lecz krwiak pozagałkowy, powstały u dziecka trzechletniego w przebiegu kokluszu. Kol. Rosenhauch przedstawia przypadek skórzaka, który znajdował się na granicy rogówkowo-twardówkowej, oraz chorego ze zapaleniem kiłowem siatkówki i nerwu wzrokowego.

6. kol. M. Blassberg wygłasza odczyt **„O t. zw. zaziębieniu"**. (Rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Szumowski zaznacza, że stan nauki o zaziębieniu, przedstawiony przez mowcę, jest smutnem świadectwem, wystawionem jednemu z rozdziałów medycyny. Zapewne medycyna eksperymentalna dużo jeszcze wyjaśni, należy się jednak liczyć z wielkiemi trudnościami, jakie zawsze nasuwa w naukach biologicznych sprawa wykrywania związku przyczynowego. Gdy uderzenie kija bilardowego jest przyczyną ruchu kuli bilardowej, to tu wszystkie czynniki są znane, jak siła uderzenia, rozmiary i ciężar kuli, tarcie i t. d., i mogą być matematycznie wyrażone, wskutek czego i całe zdarzenie mogłoby być bez trudności wyrażone w postaci wzoru matematycznego. Natomiast zaziębienie jest przyczyną raz zapalenia nerek, innym razem zapalenia płuc, kiedyindziej ostrego gośćca stawowego. Dlatego tu niczego obliczyć nie można i ujęcie zdarzenia we wzór matematyczny jest nietylko wręcz niemożliwe, ale wydaje się poprostu pomysłem niedorzecznym. Rozmiary tej niemożliwości są

miarą „niescisłości" medycyny w przeciwieństwie do nauk ścisłych. Dlatego też w medycynie wszędzie tam, gdzie materjał racjonalny jest niewystarczający, nie należy zaniedbywać empirji.

Kol. Eisenberg zwraca uwagę na hypotezę Schadego, który w zmianach kolloidalnych w protoplazmie, w tak zw. gelozie, widzi przyczynę wielu uszkodzeń przez zimno, uszkodzeń umożliwiających najczęściej rozwój samozakażenia. — Kol. Latkowski zwraca uwagę, że istnieją stany chorobowe, jak n. p. *„haemoglobinuria paroxysmalis"*, wyjątkowo i *„icterus haemolyticus"*, których występowanie pozostaje w przyczynowym związku z zaziębieniem. Doświadczenia Trommsdorfa wykazują, że pod wpływem zimna zmniejsza się ilość fagocytów, jak też i ich ruchliwość, zmniejsza się dalej zdolność wytwarzania ciał odpornościowych i ochrona aleksyn. Burmeister wykazuje w *„haemoglobinuria paroxysmalis"* wiązanie dopełniaczy tylko na zimno, co dowodzi, że zimno uszkadza ciałka czerwone i zmienia odporność ustroju. Wszystko to dowodzi, że bodźce cieplne mogą być bardzo ważnym czynnikiem, wyzwalającym chorobę zakaźną.

Kol. Rosner podnosi doniosłość tego rodzaju wykładów, które zwalczają przeciwne kulturze pojęcia etjologiczne chorób. Zaznacza, że ani rodząca matka, ani rodzący się płód nie zaziębia się, choć warunki sprzyjałyby temu. Wychowanie noworodków jest u nas zacofane i niehigjeniczne, głównie z powodu zabobonnej obawy przed zaziębieniem. Obawy tej niema w Anglji i wychowuje się tam młodzież zdrowszą.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 17 lutego 1922 r.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 79.

Do Towarzystwa zostali przyjęci koledzy S. Stefek, S. Oberlaender, J. Meschl i A. Fried.

1) Kol. Progulski przedstawia **wyleczony przypadek tężca u noworodka.** (Ukaże się w druku).

2) Kol. Hilarowicz przedstawia preparaty i rysunki 6 przypadków **operacyj żołądkowych**, odpowiadających różnym metodom chirurgicznego leczenia **wrzodu żołądka**, a mianowicie wycięcie odźwiernika, wycięcie poprzeczne żołądka, wycięcie podłużne krzywizny małej, przetokę żołądkowo-jelitową z wyłączeniem odźwiernika i przypadek, w którym przetoka żołądkowo-jelitowa została powikłana wrzodem trawiennym jelita czczego, wreszcie wrzód żołądka, powstały jako następstwo zapalenia woreczka żółciowego, leczony przez wykonanie przetoki żołądkowo-jelitowej. Omawiając metody radykalne i zachowawcze, streszcza toczącą się obecnie dyskusję pomiędzy zwolennikami jednych i drugich oraz przytacza statystykę śmiertelności, wyników leczniczych i powikłań przy zastosowaniu wycięcia lub przetoki żołądkowo-jelitowej, wyjętą z jednej z najnowszych prac. (A. r.).

3) Kol. Demianowski wygłasza **wykład: Przestępstwo a rasa.** Wyniki własnych badań mowcy nad umysłowo chorym zbrodniarzem, dokonane metodą antropologiczną (metoda różniczkowa), pozwalają na wysnucie następujących wniosków: a) Mowcy nie udało się stwierdzić typu konstytucyjnego, osobniczego, wszędzie występującego, niezależnego od rasowo zróżniczkowanego środowiska, a okazującego usposobienie do zbrodni czy chorób umysłowych, b) natomiast należy bez wahania dać odpowiedź pozytywną przy postawieniu zagadnienia w bardziej określonej postaci, a mianowicie, czy zachodzi należność między pewnemi kategorjami zbrodni a elementami składowemi rasowego podłoża; c) czyn przestępczy zdaje się być w wypadkach, spostrzeganych przez mowcę, uwarunkowany trzema łańcuchami przyczyn: 1) pewnemi dążnościami biologiczno-psychologicznemi elementów rasowych podłoża antropologicznego; 2) wzajemnem oddziaływaniem na się poszczególnych jednostek tego środowiska, stwarzającem pewne milieu; 3) mechanizmem swoistym poszczególnych psychoz o właściwościach, sprzyjających występowaniu zbrodni pewnych kategoryj. (Własne streszczenie).

Prezes kol. Franke ogłasza przyjęcie kol. Stefka Emila, Oberlaendera Samuela, Meschla Józefa i Frieda Alfreda na członków zwyczajnych lwowskiego Towarzystwa lekarskiego.

4) Kol. Nowicki omawia sprawę wydawnictwa „Polskiej Gazety lekarskiej" i wskazuje na potrzebę zawiązania spółki wydawniczej lekarskiej celem rozszerzenia pisma i wydawania podręczników lekarskich. P. Altenberg, jako wydawca dotychczasowy „Polskiej Gazety lekarskiej", przestawia stronę techniczną i finansową oraz pewne już obecnie widoki rozwoju spółki akcyjnej.

5) Odczyt kol. Ostrowskiego nie odbył się z powodu spóźnionej pory. *Kmietowicz*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie naukowe z dnia 22 lutego 1922.

Kol. Kummant. A) **Pokaz przypadku wycięcia żołądka po połączeniu, które przestało działać.** Chora A. S, 37 l., operowana po raz pierwszy z powodu wrzodu dwunastnicy dnia 22. X. 1921. (*Enteroanastomosis posterior et occlusio pylori*). Po operacji czuła się przez trzy tygodnie dobrze, potem stopniowo coraz większe dolegliwości, nawet i wymioty. Badanie Roentgenem stwierdza, że odźwiernik znów jest drożny, aczkolwiek bardzo zwężony, że połączenie nie działa zupełnie i że po 6 godzinach są znaczne zaległości. 9. II. 1922. powtórne otwarcie brzucha w znieczuleniu miejscowem Około połączenia niema żadnych zrostów, również nie wyczuwa się żadnego stwardnienia ani w miejscu połączenia, ani w jelicie czczem, któreby świadczyło o wrzodzie trawiennym tego jelita. Połączenie przepuszcza dwa palce. Odźwiernik jest zwężony, lecz trochę drożny. Wycięto żołądek od odźwiernika aż do połączenia. Podczas wycinania wprowadzono rękę do żołądka i stamtąd do miejsca połączenia, które przepuszcza swobodnie dwa palce; śluzówka wszędzie gładka, bez śladu wrzodu. Przebieg pooperacyjny idealny; ani razu nie wymiotowała. Obecnie 13 dni po operacji czuje się bardzo dobrze, je już mielone mięso bez dolegliwości. U chorej pierwszą operację wykonano w uśpieniu, drugą zaś w znieczuleniu miejscowem; chora twierdzi, że przy drugiej daleko mniej cierpiała, niż po pierwszej wskutek wymiotów po uśpieniu.

B) **Pokaz fotografji roentgenowskiej, wykazującej zwężenie odźwiernika.** Chora F. H., 31 lat. Przed 8 laty krwotoki kiszkowe — obecność krwi w kale — z bólami w okolicy odźwiernika. Roentgen wykazuje w górnem ramieniu poziomem dwunastnicy wąską taśmę bismutu, która w dolnem ramieniu poziomem rozszerza się znacznie. Operacja 8. II. 1922 potwierdziła w zupełności zdjęcie: około dwunastnicy znaczne zrosty, wrzodu nie można się domacać, lecz zrosty około dwunastnicy znacznie zwężają jej światło. Wycięto część żołądka — Billroth II. w modyfikacji Reichel Polya. Na drugi dzień po operacji krwotok żołądkowy z wymiotami krwawemi. Po wprowadzeniu dożylnem 10% roztworu soli po 5 ccm, podług van der Veldena, i żelatyny krwotok zatrzymał się i dalszy przebieg dobry. Rana zagojona przez rychłozrost, chora już wstaje i nie ma bólów po jedzeniu.

2. Kol. Schweig. **Pokaz chorej z obustronnem zapaleniem nerwów wzrokowych po porodzie.**

3. Kol. Polakowski. **Pokaz preparatu bliźniąt, zrośniętych klatką piersiową.**

4. Na posiedzenie w Ministerstwie Zdrowia publ. w sprawie izb lekarskich jako delegata wybrano kol. Mittelstaedta

5. Kol. Venulet wygłosił odczyt p. t.: **„Istota odczynu Wassermanna i jego znaczenie praktyczne"** (ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos koledzy Leyberg, Silberstrom, Br. Frenkel, Grosglik.

Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 8. stycznia 1922 r.
Przewodniczy kol. Drozdowicz. Obecnych 32 członków.

1. Łuczycki przedstawia 17-letniego chłopca, u którego po 2-tygodniowem trwaniu **objawów ostrego gośćca stawowego**, powikłanego zapaleniem wsierdzia, wystąpiły stopniowo wzmagające się ruchy mimowolne kloniczne w twarzy, tułowiu i kończynach o takiem napięciu, iż chory nie mógł ani chodzić, ani stać, ani przyjmować pokarmów. Jednocześnie zauważono prawostronne osłabienie siły mięśniowej tułowia i kończyn oraz porażenie dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego, co w **pląsawicy** jest objawem niezwykłym. Pod wpływem dużych dawek salicylu, arszeniku i galwanizacji rdzenia po tygodniu — znaczna poprawa.

2. Leśniowski omawia dwa przypadki, w których na zimno wycięto — zdawałoby się, że radykalnie i w całości — **wyrostek robaczkowy**; po pewnym czasie nawrót cierpienia, a podczas powtórnej laparotomji znaleziono kawałek wyrostka, niedostrzeżonego wskutek silnych zrostów podczas pierwszej operacji, a może wskutek samodzielnego odsznurowania się podczas pierwszych napadów; gdy więc po wycięciu wyrostka następują na nowo silne bóle, nie zawsze ich przyczyną są tylko zrosty pooperacyjne.

3. Dobijowa przedstawia serce 24-letn. mężczyzny, zmarłego na gruźlicę, z **igłą krawiecką, tkwiącą w komorze prawej**, końcem zwróconą na zewnątrz, mocno i całkowicie obrośniętą przez tkankę łączną; anamneza sprawy nie wyjaśnia, objawów klinicznych nie było.

4. Siedlecka przedstawia przypadek **uwięzgnięcia jelita biodrowego**, które weszło do częściowo zachowanej jamy Douglasa przez wąski otwór, utworzony przez zrosty między górną częścią macicy i odbytnicy.

W dyskusji Sławiński na podstawie przebiegu klinicznego i danych operacyjnych (wycięcie i zespolenie z powodu niemożności wyłonienia całkowitego kiszki) wyraża przypuszczenie, iż kiszka mogła ulec uwięzgnięciu w kanale pachwinowym i następczo dopiero utkwiła w miejscu, gdzie ją na sekcji znaleziono; Szteyner na podstawie ogółu objawów sądzi, że była to jednak przepuklina wewnętrzna uwięzgnięta.

5. Siedlecka przedstawia nadzwyczaj rzadki przypadek **pierwotnego mięsaka płuc** okrągło-komórkowego, rozpoznanego na sekcji, który prawdopodobnie wyszedł ze skupień limfatycznych otoczenia oskrzela; za życia rozpoznawano gruźlicę.

W dyskusji Drozdowicz podkreśla, że w danym przypadku możnaby było bezwzględnie uniknąć błędu rozpoznawczego, gdyż Roentgen odrazu wykryłby obecność guza.

6. Sławiński przedstawia 3 chorych, którym dla zagojenia obszernych i nie dających się zwykłemi metodami postępowania usunąć owrzodzeń (rozległe oparzenie, wrzód podudzia i zmiażdżenie stóp) **przeszczepił małe płatki skórko-naskórkowe** i w wyniku otrzymał nie twarde blizny, ale ruchomą prawie skórę normalną.

W dyskusji Mutermilch zapytuje, czy te płatki skóry rozrastają się same, czy tylko rozwija się naokoło nich tkanka łączna, jakby sądzić należało na zasadzie badań nad hodowlą tkanek *in vitro* metodą Carrela; Leśniowski sądzi, że sprawę tę

rozstrzygnąć może tylko badanie drobnowidzowe; Szteyner w omawianej metodzie widzi coś pośredniego między sposobami Rererdena i Tirsha; Ciechomski mówi o nietrwałości takich blizn; Sławiński w odpowiedzi zaznacza, że od lat kilku z dobrym wynikiem posługuje się tą metodą, oddawna zresztą stosowaną.

7. Mutermilch: **O bilirubinemji.** Wbrew temu, czego uczyła dotychczas fizjologja, okazało się (badania eksperymentalne Mackee, Whipple, Kooper oraz kliniczne Widal, Troisier, von den Bergh), że zadanie komórki wątrobnej sprowadza się do wydalania z żółcią bilirubiny, powstającej w ustroju z hemoglobiny krwi tam, gdzie zachodzi rozpad czerwonych krążków: w śledzionie, szpiku kostnym, wątrobie (komórki Kupfera), komórkach śródnaczyniowych (Browicz) i wogóle we wszystkich tkankach, gdzie nastąpił wylew krwi, że przeto bilirubinemja jest zjawiskiem fizjologicznem. Na dowód, że bilirubina istotnie wytwarza się bez udziału wątroby wszędzie tam, gdzie nastąpił rozpad czerwonych krążków, prelegent przytacza spostrzegany przez się przypadek wybitnej xantochromji płynu mózgowordzeniowego oraz przypadek krwotocznego zapalenia opłucnej: zarówno płyn mózgowordzeniowy, jak i płyn z jamy opłucnej dawały silny odczyn na bilirubinę, podczas gdy w surowicy krwi tych samych osobników ilość bilirubiny była tylko bardzo nieznacznie zwiększona. Bilirubinemja bywa 1) mechaniczna: na skutek utrudnienia w odpływie żółci w przewodach żółciowych i 2) dynamiczna: z powodu niewydolności komórki wątrobnej lub też nadmiernego rozpadu krwinek. Na zasadzie badań własnych prelegent przekonał się o słuszności twierdzenia Van den Bergha, że zapomocą próby dwuazowej (piękne czerwone zabarwienie z odcieniem fjoletowym surowicy krwi, zawierającej bilirubinę) łatwo odróżnić postać mechaniczną od dynamicznej: w pierwszej odczyn jest szybki i występuje natychmiast po dodaniu do surowicy diazonium; w drugiej zaś, dynamicznej, odczyn występuje dopiero po uprzedniem odbiałczeniu surowicy zapomocą alkoholu. Bilirubinemja dynamiczna zdarza się w niedokrwistości złośliwej, żółtaczce hemolitycznej itp. (wskutek wzmożonego rozpadu krwinek), w przebiegu zapalenia płuc, durów, zakażenia krwi, malarji, drugiego okresu kiły, w zatruciach: chloroformem, salwarsanem, fosforem, kw. pikrynowym i w sprawach zastoinowych wątroby (na skutek niewydolności komórek wątrobnych); postaci mieszane bilirubinemji dynamicznej w przypadkach n. p. marskości wątroby, w t. zw. *angiocholitis infectiosa* i t. d. Ze sprawą bilirubinemji wiąże się ściśle sposób powstawania urobilinurji. Urobilina powstaje w jelitach przez redukcję bilirubiny pod wpływem bakteryj, przez układ żyły wrotnej dostaje się do wątroby i tu normalnie zostaje zatrzymana przez komórki wątrobne; w razie niewydolności tych ostatnich przechodzi do krwiobiegu i wydala się z moczem. Rola komórki wątrobnej w powstawaniu soli kwasów żółciowych nie została dotychczas dostatecznie wyjaśniona: przypuszczać należy, że kwasy żółciowe również mogą się wytwarzać we wszystkich tkankach i narządach, gdzie występuje rozpad czerw. krążków krwi: z hematyny tworzy się bilirubina, z globiny zaś glikokolitauryna, kwas cholalowy powstaje być może z cholesteryny (Klein, Hoffman, Carracido). Przypadki t. zw. rozszczepionej niewydolności komórki wątrobnej (*retention biliaire dissociée*) nie są rzadkie. Zachodzi w nich bądź istotne upośledzenie funkcji komórki wątrobnej jedynie w stosunku do wydalania kwasów żółciowych, bądź też, co jest, jak wynika z badań prelegenta, prawdopodobniejsze, zachodzi równoczesne zaburzenie czynności komórki w stosunku do wydalania bilirubiny: powoduje to bilirubinemję dynamiczną z nieprzechodzeniem barwików żółciowych do moczu. Trudniejsze jest zdanie sprawy z istoty zaburzeń, gdy w moczu znajduje się bilirubina, brak zaś kwasów żółciowych. Brulé, Lemière i inni i to zjawisko tłumaczą rozszczepieniem funkcji wydzielniczej komórki wątrobnej.

W dyskusji Szerszyński zaznacza, że po uśpieniu chloroformowem w większym stopniu, po eterowej — w mniejszym, znajdowane barwniki żółciowe we krwi nie są pochodzenia hemolitycznego, jak sądzono poprzednio, lecz są wynikiem upośledzenia sprawności wątroby.

8. Mutermilch. **W sprawie badania kału na t. zw. krwawienie utajone.** Najczulszą próbą na obecność krwi w kale jest próba benzydynowa, nie ustępuje jej próba piramidonowa, gdyż wykrywa krew w rozcieńczeniu 1:100.000. Wykonywamy ją w sposób następujący: do kilku ccm wodnego wyciągu kału dodajemy kilkanaście kropel 50% acid. acet., następnie 5% alkoholowego roczynu piramidonu w ilości, równej wodnemu wyciągowi; po dodaniu kilkunastu kropli wody utlenionej występuje piękne niebieskie zabarwienie (demonstracja). Stosując tak czułe próby, należy zachować pewne ostrożności, djetę bezmięsną przez kilka dni, zaprzestanie używania leków, w skład których wchodzą preparaty krwi lub żelaza, używanie do prób jedynie nowych probówek, w razie śladów krwi hemoroidalnej na powierzchni kału badanie cząstek kału, wziętych z głębi, poupzrzedniem zadziałaniu na powierzchnię kału wodą utlenioną z następczem spłukaniem wodą.

9. Drozdowicz. U 27-letniego chorego stwierdzono obecność dużego guza w lewej części brzucha, pochodzenia niewyjaśnionego; dzięki **odmie brzusznej** wykazano prawidłowość wątroby i śledziony, a gdy dalsze zdjęcia nie wykazały nic patologicznego w żołądku, jelitach i nerkach, *per exclusionem* wywnioskowano, iż punktem wyjścia wspomnianego guza jest trzustka albo gruczoły pozaotrzewnowe; ponadto stwierdzono obecność sklein pomiędzy zewnętrzną częścią guza a boczną lewą ścianą brzuszną.

W dyskusji Sławiński omawia niebezpieczeństwa, związane z wpuszczaniem gazu do jamy otrzewnej tak, iż podnoszą się głosy, nawołujące do zabronienia stosowania tej metody. Drozdowicz sądzi, że nie należy wpadać w przesadę, gdyż, przy pewnych ostrożnościach, zabieg nie grozi życiu badanego. Szerszyński dodaje, że wywoływanie odmy brzusznej nie należy do zabiegów niewinnych choćby dlatego, że nie wyłączona jest możliwość zranienia igłą kiszki. Należy igłą ostrą przekłuwać tylko skórę i powięź, a głębiej rozsuwać mięśnie i przebijać otrzewną narzędziem tępem. Wtedy może się jednak zdarzyć, że otrzewna nie zostanie przebita, a tylko odsunięta, i gaz wprowadzony zostanie w głąb ściany brzusznej. Chory, badany przez Drozdowicza, zniósł zabieg źle (bóle i wzdęcie brzucha przez 2 tygodnie), podczas operacji z jamy brzusznej ze szmerem wydostała się pewna ilość powietrza. Zamiast tego ostatniego należy wprowadzać tlen lub dwutlenek węgla, które wsysają się szybciej.

A. Lande i W. Goździcki.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 7 lutego 1922 r.

Przewodniczy Prof. A. Gluziński.

Kol. Landsberg wygłosił wykład: **„Badania nad chemizmem ciał białkowych w surowicy krwi"**. Mowca omówił powstawanie w organizmie kwasów aminowych, peptydów, polipeptydów, ich właściwości chemiczne w organizmie; powstawanie amoniaku przy ich rozpadzie. Następnie przedstawił badania swoje w niektórych stanach chorobowych nad zachowaniem się ciał białkowych: albumin i globulin i ich wzajemnym stosunkiem. Następnie zaznaczył, że praktycznego wniosku ze swoich badań nie może wysnuć, ale badania te zbliżają nas do poznania przemiany białkowej w komórkach.

W dyskusji: Prof. Gluziński zaznaczył, że odczyt poruszył ciekawą sprawę stosunku albumin i globulin we krwi. Badania Filińskiego wykazały, jak się zachowuje stosunek globulin do albumin w różnych cierpieniach oraz jaką rolę odgrywa w przemianie białkowej wątroba. (Praca ta ukazała się w Pol. Gaz. lek. Nr. 7).

Kol St. Grosglik wygłosił wykład: **Stan obecny sprawy doszczętnego leczenia przerostu stercza.**

W krótkim wstępie mowca kreśli ponury obraz leczenia objawowego (cewnikowania) oraz zabiegów paljatywnych (trzebienie, operacja Bottiniego i tp.), stosowanych jeszcze do niedawna w celu zwalczania niedomogi pęcherza na tle przerostu stercza.

Leczenie doszczętne zostało zapoczątkowane zaledwie w zaraniu bieżącego stulecia najpierw pod postacią wycięcia kroczowego, które jednak wkrótce musiało ustąpić miejsca wycięciu nadłonowemu. Zalety metody Freyera polegają na tem, że daje ona łatwiejszy dostęp do stercza, pozwala usunąć gruczolaki doszczętniej, dzięki temu wyniki operacji są pewniejsze i trwalsze; rzadko pozostawia po sobie przetoki moczowe, tak trudne do zwalczania po operacji kroczowej; wyjątkowo tylko naraża na zranienie odbytnicy i wcale albo tylko w małym stopniu upośledza czynność płciową.

G. uważa prostatektomję nadłonową za zabieg ciężki i niebezpieczny, ponieważ bywa wykonywana u osób przeważnie w wieku podeszłym i często zakażonych. Dlatego też powinno się operować osoby z przewlekłem całkowitem zatrzymaniem moczu, przypadki zaś lżejsze należy leczyć objawowo.

W przypadkach uporczywego zakażenia pęcherza, w których ani systematyczne opróżnianie i przemywanie, ani cewnik na stałe do celu nie prowadzą, tudzież u osób, mocno wyniszczonych długotrwałem cierpieniem lub zatrutych, zaleca się operowanie dwuokresowe, polegające na tem, że w pierwszem tempie dokonywa się sączkowania pecherza po uprzedniem założeniu przetoki nadłonowej: po upływie zaś pewnego czasu gruczolaki zostają wyłuszczone.

G. operuje w znieczuleniu miejscowem lub ogólnem zależnie od stanu chorego. Znieczulenie lędźwiowe zarzuca z powodu zbyt trujących właściwości dotychczas używanych środków. Do napełniania pęcherza przed operacją stosuje wodę wyjałowioną; wdmuchiwanie powietrza lub tlenu uważa za niebezpieczne, gdyż może spowodować śmiertelny zator gazowy. Celem zaś usunięcia zalewu pola operacyjnego płynną zawartością pęcherza radzi nakłuwać pęcherz przed jego otwarciem trójgrańcem, zaopatrzonym w długą rurkę gumową, przez którą cała zawartość zostaje wypuszczona.

Mowca dokonywa operacji w lekkiej pozycji Trendelenburga, nacina powłoki brzuszne podłużnie, ścianę zaś pęcherza w kierunku poprzecznym, daje to bowiem lepszy dostęp do wnętrza pęcherza i ułatwia późniejsze nakładanie szwów. W celu uprzystępnienia sobie pola operacyjnego G. ohwyta wystające części stercza kleszczami Muzeux, pociąga gruczoł do góry i po okólnem nacięciu otoczki chirurgicznej wydobywa guz na tępo *en bloc* wraz z odcinkiem pęcherzowym cewki kroczowej. Usunięcie tej części cewki ma niewątpliwie duże znaczenie dla całości zabiegu, albowiem gruczolaki, znane pod nazwą przerostu stercza, powstają w części kroczowej cewki skutkiem bujania t. zw. gruczołów centralnych czyli podszyjowych, założonych w jej tylnej ścianie, a mianowicie w połowie drogi między wewnętrznym otworem cewki a wzgórkiem nasiennym. Nie jest przeto wyłączone,

że pozostawienie części cewki przy prostatektomji może sprzyjać nawrotowi, o którym tu i ówdzie znajdujemy wzmianki.

W dalszym ciągu mowca podaje sposoby zapobiegania i zatrzymywania krwawienia z łoża stercza opisuje technikę nakładania szwów i opatrywania rany i zwraca szczególną uwagę na postępowanie pooperacyjne.

Najczęstszą przyczyną zejścia śmiertelnego po prostatektomji nadłonowej jest zdaniem G. mocznica, posocznica i niedomoga serca. Śmierci skutkiem krwotoku ostrego mowca nie spostrzegał nigdy, nie zaprzecza jednak, że obfity upływ krwi podczas operacji lub zbyt długie przeciąganie się krwawienia po zabiegu może spowodować śmiertelny upadek sił.

Obok typowych postaci przerostu stercza wskazaniem do jego wycięcia nadłonowego jest również starcza niedomoga pęcherza, rozwijająca się na tle zaniku stercza i dająca obraz kliniczny, zupełnie podobny do niedomogi pęcherza, wywołanej przez przerost. (*Prostatisme sans prostate*). Przyczyna niedomogi pęcherza tkwi, zdaniem G., w głębokiem zniekształceniu szyji pęcherza, ujawniającem się anatomicznie bądź w postaci zwężenia wewnętrznego otworu cewki, bądź też w postaci zastawki, szczelnie zamykającej wylot pęcherza. W celu usunięcia tej zapory mechanicznej dla odpływu moczu G. jeszcze w r 1908 zalecał doszczętne usunięcie zwyrodniałego stercza. W tych razach jednak operacja nastręcza poważne trudności, chodzi tu bowiem nie o wyłuszczenie guzów ze stercza, lecz o doszczętne usunięcie całego gruczołu, ściśle spojonego z narządami otaczającemi. Jest to prostatektomja w ścisłem znaczeniu słowa. Operacja ta, uważana początkowo za niemożliwą do wykonania, znalazła już obecnie licznych zwolenników (B a r t h, M a r i o n i inni).

W dyskusji prof. K r y ń s k i porusza sprawę wyboru metod operacyjnych przy usuwaniu stercza: metodę operowania przez krocze i metodę operacji nadłonowej. Zdaniem prof. K. nie można usunąć jednej metody kosztem drugiej. B l u m w swojej pracy podaje 8,9 % śmiertelności po operacjach nadłonowych i 6 % po operacjach przez krocze; w innej pracy, ogłoszonej po francusku, jest podane 14 % śmiertelności po operacji nadłonowej i 0 % (zero) przy operacji przez krocze. Są pewne ścisłe wskazania, które przemawiają za wyborem operacji przez krocze, np. guz wielki, idący ku odbytnicy, lub też u ludzi otyłych. Prof. K. uważa prostatektomję przez krocze za bardziej chirurgiczną.

C i e c h o m s k i wspomniał o metodzie W i l l m s a, którą widział w r. 1914 i która przedstawiła się C. bardzo prostą, łatwą i szybką. Metoda ta polegała na półkolistem cięciu z lewej strony szwu krocza, dojściu do pęcherza, po otwarciu pęcherza W i l l m s zapomocą szczypców swego pomysłu chwytał gruczoł i wyrywał. Zdaniem C. nadłonowa operacja łatwa, leczenie zaś trudne i ciężkie dla chorych. Śmiertelność po tej operacji duża. Operacja przez krocze, bezpieczniejsza dla chorego, choć uciążliwsza dla chiruga, zabezpiecza od wtórnego zakażenia.

W odpowiedzi G r o s g l i k zaznacza, że prostatektomja krokowa została niemal całkowicie wyrugowana na korzyść prostatektomji nadłonowej, i powołuje się na jednomyślną opinję uczestników Kongresu urologicznego, który odbył się w Paryżu w 1920 r.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

XIX Zjazd chirurgów polskich.

XIX Z j a z d c h i r u r g ó w p o l s k i c h odbędzie się w bieżącym 1922 roku w Warszawie w dniach 29 i 30 czerwca oraz 1 lipca (czwartek, piątek i sobota).

Tematy programowe są następujące:

1. W r z ó d ż o ł ą d k a i d w u n a s t n i c y. Referent prof. J u r a s z (Poznań). Korrefenci: prof. G l u z i ń s k i (Warszawa), i prof. H o r n o w s k i (Warszawa).

2. G r u ź l i c a c h i r u r g i c z n a. Referent ad a: Gruźlica kości i stawów — docent T. O s t r o w s k i (Lwów), ad b: Gruźlica narządów wewnętrznych — prof. L e ś n i o w s k i (Warszawa) ad c: Leczenie sanatoryjne gruźlicy chirurgicznej — dr. Ł a p i ń s k i (Warszawa).

Zgłoszenie odczytów należy nadsyłać n i e z w ł o c z n i e pod adresem sekretarza Towarzystwa (Dr. D o b r o w o l s k i w Warszawie, ulica Smolna Nr. 6). Ostateczny termin przyjmowania zgłoszeń: 10 czerwca. Podczas Zjazdu odbędzie się Wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych. W sprawie wystawy tej należy się zwracać pod podanym wyżej adresem sekretarza Towarzystwa. Mieszkania dla uczestników Zjazdu będą zapewnione. Pierwszy tom Przeglądu chirurgicznego, zawierający Pamiętnik XVIII Zjazdu Chirurgów polskich, odbytego w r. 1921, jest już w druku.

Zjazd doroczny neurologów francuskich od 3—4 czerwca 1921.

(Dokończenie).

M a r i n e s c o: **Przyczynek do fizjologji patologicznej parkinsonizmu.** Przy ruchach czynnych występuje podczas skurczu zwiotczenie mięśni przeciwniczych prawie z reguły. Przy bodźcach galwanicznych rozkurcz mięśni następuje powoli; nieraz w dwóch etapach.

Symptomatologja.

L h e r m i t t e i C o r n i l. **Badanie kliniczne choroby Parkinsona i zespołu parkinsonowskiego u starców.** Wbrew ogólnie przyjętemu zdaniu stwierdzali u chorych na drżączkę porażenną brak uczucia znużenia. Brak następujących ruchów skojarzonych jest stały: unoszenia małżowiny usznej przy patrzeniu w górę, rozgięcia kciuka przy energicznem zgięciu palców w pięść (objaw pięści), skręcania się głowy na bok przy patrzeniu się w bok itp. Hypertonję naogół ruchy czynne znoszą, a delikatne ruchy bierne zmniejszają. Jest ona zmienną: z niewiadomych powodów okresowo maleje, to się nasila nagle, powodując nagłe zatrzymanie ruchów chorego. Podobnie jak w myotonii ruchy przebiegają powoli, a powolność ta zanika w miarę powtarzania ruchów. Zdaje się więc, że czynnika tego, który powoduje sztywność chorych trzeba się doszukiwać w zaburzeniu funkcji sarkoplasmatycznej mięśnia podobnie jak w myotonii, z tem, że w myotonii zaburzenie to jest obwodowe, w mięśniu samym usadowione, to natomiast ulega zaburzeniu inerwacja sarkoplasmy. Z drugiej strony Cl. V i n c e n t wykazał, że zakakoinowanie nerwu ruchowego znosiło powolność rozkurczu. Co do drżenia, to L. i C. stwierdzali je zawsze, gdy go zaś pozornie nie było, wywoływali je przez drażnienie faradyczne. Zawsze ono się zjawia przy początku ruchów dowolnych pod warunkiem, by je powoli rozpoczynać. Zresztą w ciągu ruchów dowolnych często znika, natomiast zjawia się w kończynie drugiej strony. Unieruchomienie bierne kończyny powoduje ujawnienie się drżenia (lub spotęgowanie) po tej samej stronie lub po skrzyżowanej. Zazwyczaj drżenie w różnych kończynach jest równoczasowe.

Odruchowość ścięgnista jest żywą. Dla odruchów ścięgnistych jest tu charakterystycznem, że nie wykazują polikinezji ani wahadłowości: rozkurcz dokonuje się powoli, kończyna wraca bez zwykłych wahań do pozycji wyjściowej. Odruchów obronnych we właściwej chorobie Parkinsona brak. Bardzo częste są zaburzenia naczynio-ruchowe, nadmierne pocenie się, czasem łojotok oleisty na twarzy.

Postać drżączki rzekomo-opuszkowa:

Tutaj podkreślić należy, że sztywność mięśniowa szczególnie dotyczy nasad kończyn, że bywają zmiany psychiczne, zaburzenia moczowe i wzmożenie ciśnienia krwi.

Zespół drżączkowo-porażny pochodzenia lakunarnego.

Obraz kliniczny podobny, drżenie atoli nie przybiera w palcach znanej postaci kręcenia pigułek. Tu odruchy źwaczy i warg bywają wzmożone. Natomiast wybitnie wyróżnia tę postać wzmożenie wszystkich odruchów automatycznych: dłoniowo-podbródkowego, obronnych zgięcia, objawu zgięcia biodrowego i obecność objawu paluchowego Babińskiego.

S i c a r d: **Odwrócenie rytmu termicznego.** W okresie początkowym, gorączkowym spostrzegał rano ciepłotę wyższą niż wieczorem, pod pachą wyższą, niż w odbytnicy.

B a r r é: **Zaburzenia okoruchowe w chorobie Parkinsona i w zespołach pozapalnych.** Bardzo częstym objawem jest niedomoga zbieżności, dająca skrzyżowane obrazki podwójne, zależna od hypertonii mięśniowej, nie od niedowładu.

C l a u d e: **Zaburzenia umysłowe, zdarzające się w zespole parkinsonowskim.** Właściwych schorzeń umysłowych się nie znajduje, jednak wszyscy chorzy naogół wykazują pewne zaburzenia ideacji i przygnębienie mniej lub więcej nasilone. W kilku przypadkach spostrzegał nagłe występowanie stanów wesołości lub podniecenia rażącego, po których w kilka minut następowało głębokie przygnębienie z uczuciem zawstydzenia, zniechęcenia i pragnieniem śmierci. W tych stanach psychicznych dostrzega Cl. podobieństwa do opisanej przez siebie t a c h y f e m i i i do pulsyj, a wyraża się tutaj ta sama rozbieżność stanów, jaka istnieje między sztywnością ogólną chorych, a ich możnością wykonywania nagle aktów ruchowych, wymagających pośpiesznego załatwienia, jak skakanie, strzelanie i ćwiczenia gimnastyczne. Można więc zadać sobie pytanie, czy te stany przemijające świadome, impulsyjne nie są równoważnikami zaburzeń napięcia mięśniowego.

Postacie kliniczne.

S i c a r d. **Postać akatysyczna parkinsonizmu poencefalitycznego.** Opisuje niepokój pewnych chorych, zwłaszcza uwidaczniający się w położeniu siedzącem, którego nie mogą długo utrzymać, więc zmieniają krzesła, chodzą ciągle, sami przyznając, że lęk wewnętrzny ich do tego zmusza.

B e r i e l. **Stany parkinsonowskie, związane z zapaleniem mózgu.** Zespół parkinsonowski nie jest następstwem tej lub owej postaci klinicznej ostrej, może się zdarzyć po przejściu objawów ostrej fazy, letargicznych, śródmóżdżowych, myoklonicznych i pląsawiczych, wreszcie po pierwszych objawach poronnych ambulatoryjnych. Rozwój objawów drżączkowych może wystąpić już w pełnym okresie gorączkowym, podczas zdrowienia lub później. Sztywność mięśniowa może być umniejszona wolą, to jednak prowadzi szybko do znużenia się i raczej się ten wpływ zaznacza we wczesnych objawach choroby. Ruchy nabierają charakteru zdrobniałego, stają się filigranowe. stąd mikrografja, mikrofazja, mikrofagja, wreszcie mikropnoë. Objawy sztywności mogą się ograniczyć do pewnej części ciała, do pewnych odcinków kończyn (zwykle przykadłubowych), tylko do pewnego aktu, np. mowy.

R a v i a r t, C o m b e m a l e, Z u l l i e n i A s s o i g n i o n. **Pięć przypadków zespołu parkinsonowskiego poencefalitycznego.** Poza rzeczami już znanemi podnoszą, że parkinsonowcy są smutni i usposobieni psychicznie w ten sam sposób, jak fizycznie. Przygnębienie ich prowadzi często do zamachów samobójczych w uświadomieniu swej nieuleczalności. W dwóch przypadkach stwierdzili n a g ł ą śmierć.

W e r t h e i m S a l o m o n s e n. **Choroba Parkinsona i wiąd rdzenia.** Nie tak rzadko spotyka się w drżączce porażnej słabo

wyrażony zespół, podobny do wiądu, który stanowi istotną część obrazu chorobowego, nie mając nic wspólnego z prawdziwym wiądem. Postać ta przebiega z stępieniem umysłowem. W. S. proponuje wyodrębniać ją jako osobną jednostkę chorobową, t. zw. *tromoparalysis tabiformis* (*cum dementia*).

Petzen. **Nowotworzenia kostne typu Dejerine-Klumpke w przypadku letargicznego zapalenia mózgu.**

Rozpoznanie:

Lépine. **Różniczkowanie między chorobą Parkinsona a zespołem Parkinsona poencefalitycznym.** Obok znanych rzeczy podnosi, że wpływy naczyniowe odgrywają w zespołach większą rolę, niż w chorobie Parkinsona, a natomiast często chorzy skarżą się na uczucie zimna. Także ślinotok jest częstszym, a wzmożenie pocenia się jest mało uderzającym objawem. W połowie przypadków było obecne w zespołach znaczne przyśpieszenie tętna.

Rokowanie.

Catola. **W sprawie rozwoju i rokowaniu w parkinsonizmie poencefalitycznym.** Przyjmuje rokowanie złe, uważa leczenie za bezowocne, jedynie pewną przelotną poprawę i ulgę chorym dają związki arsenowe w wysokich dawkach i skopolamina.

Leczenie.

Petzen zaleca systematyczne bierne ruchy. Z czasem stan się tak poprawia, że chorzy mogą je sami wykonywać. Udaje się przez to opóźnić rozwój sprawy i utrwalenie się stanów przykurczowych. Z rozpoczęciem ćwiczeń trzeba się wstrzymywać w stanach poencefalitycznych, jak długo się przypuszcza, że ostry charakter sprawy anatomicznej jeszcze nie wygasł.

Rodriguez wypróbowywał cały szereg środków leczniczych. Surowice (prawidłowa końska, przeciwpaciorkowcowa, przeciwpneumokokkowa i inne) dawały dobre wyniki w stadjach początkowych ostrych, wstrzykiwania nukleinianu sodowego także w okresach późniejszych, z czasem jednak działanie się wyczerpywało. Najdzielniej pomaga w leczeniu kakodylan sodowy, wstrzykiwany śródżylnie w dawkach rosnących od 1.5 do 6.0 g roztworu 50%. Przy tem leczeniu stwierdza się obniżenie przykurczów, wzmożenie ruchliwości, powrót mimiki, poprawę snu, ożywienie psychiczne, wzmożenie apetytu i wagi ciała. Wyniki są wprost zdumiewające nieraz z początku, jednak w przypadkach ciężkich z czasem kakodylan przestaje działać, natomiast w lżejszych przypadkach uzyskuje się trwałe wyleczenie. Arsenobenzole wprost szkodzą. Bardzo dobrze, choć dość dorywczo i nie przez długi czas, działa skopolamina w dawkach dwurazowych dziennie po 0.5—1 mg. Belladonna działa nieco podobnie, lecz o wiele słabiej, można nią się posługiwać w przypadkach ślinotoku z pewnym pożytkiem. Ona, podobnie jak skopolamina, działa też dodatnio na podniecenia nocne. Weronal jest bez wpływu, tak samo urotropina podawana śródżylnie, a nawet dordzeniowo. Adrenalina sprawia burzliwe objawy, po których przejś iu chorzy czują się może nieco silniejsi.

Sicard próbował wszystkiego, także ropni sztucznych, surowicy ozdrowieńców, szczepionek, robionych z masy ciał prążkowatych lub szypułek osobników, którzy pomarli na zapalenie mózgu, bez wyników jakichkolwiek. Pewne usługi przelotne dają tylko: kakodylan sodowy i skopolamina.

Guillain widział pewną poprawę objawową przez podawanie *trae arnicae* 0.50 do 2 i 3 g dziennie.

Odpowiedź Souques'a, sprawozdawcy, streszcza się po rozważeniu zarzutów, wyłonionych w dyskusji, w stwierdzeniu, że nikt nie dostarczył danych ani objawów, na podstawie których możnaby nosograficznie oddzielić chorobę Parkinsona klasyczną od zespołu parkinsonowskiego, występującego w następstwie zapalenia nagminnego mózgu. *Orzechowski.*

Medycyna społeczna.

Międzynarodowa Konferencja Sanitarna w Warszawie.

W dniach od 20—28 marca 1922 r. obradowała w Warszawie Międzynarodowa Konferencja sanitarna. Z inicjatywy Ligi Narodów, na zaproszenie Rządu polskiego, zjechali się przedstawiciele 28 państw, wszystkich europejskich (z wyjątkiem Portugalji), a z pozaeuropejskich Japonji, ażeby wspólnie radzić nad zażegnaniem niebezpieczeństwa, zagrażającego Zachodowi wskutek epidemij, zawleczonych ze Wschodu.

Pierwowzór zorganizowanego wysiłku międzynarodowego, podjętego przez Publiczne Urzędy sanitarne w celu zwalczenia epidemij w Europie, dała Rada Ligi Narodów, kiedy w dniu 20 marca zażądała od Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej, obradującej wtedy w Londynie, udzielenia pomocy Polsce w zwalczaniu epidemji duru, przyczem jako wytyczną postawiono zasadę, że pomoc powinna być podana w ścisłej łączności z Urzędem Zdrowia Publicznego w Polsce. W wyniku Konferencji zwróciła się Rada do wszystkich Rządów o zasiłek pieniężny i stworzono odrębną Komisję przeciwepidemiczną dla zarządzania zasiłkiem.

Komisja przeciwepidemiczna nie jest instytucją filantropijną. Otrzymuje ona fundusze z wkładek przelewanych do jej kasy przez pewną liczbę państw, które uznały, że zwalczenie duru w Europie wschodniej posiada znaczenie międzynarodowe. Komisja sama nie prowadzi walki własnemi siłami; działa za pośrednictwem Urzędów Zdrowia Publicznego krajów zainteresowanych. Zadanie jej polega wyłącznie na wspomaganiu tych Urzędów, na ich zasilaniu; odbiega ono całkowicie od zwykłych organizacyj pomocy doraźnej, mających na celu zaradzenie złemu przez natychmiastowe i bezpośrednie dostarczenie środków pomocy, których działanie ustaje z chwilą dostarczenia tych środków. Zadanie Komisji polega na wytworzeniu w Europie wschodniej stałego systemu ochrony sanitarnej wzdłuż pasa granicznego pomiędzy Polską i Rosją.

Przed 1 września 1921 r. Komisja przeciwepidemiczna była jedynym organem sanitarnym Ligi Narodów. W tym dniu, po długich rokowaniach, drugie zgromadzenie Rady stworzyło Organizację Sanitarną Ligi, a Sekcja Higjeny jej stałego sekretarjatu stała się jej narzędziem wykonawczem. W ten sposób Komisja przeciwepidemiczna stała się czynnym składnikiem organizacji higjeny w Lidze Narodów. Pierwszem zadaniem organizacji stało się zebranie materjału informacyjnego o stanie epidemij i podjętych środkach zaradczych w krajach zagrożonych. Nie wystarczały wiadomości dotychczasowe, otrzymywane z Czecho-Słowacji, Polski, krajów nadbałtyckich, trzeba było z końcem września wysłać specjalną Komisję do Moskwy, w celu wytworzenia ściślejszego kontaktu z Komisarjatem Ludowym Zdrowia Publicznego (Narkomzdraw). Następczo zostali wysłani przedstawiciele Komisji przeciwepidemicznej do Rosji, a wyniki ich badań przysyłane systematycznie Sekretorjatowi Higjeny o stanie zdrowotnym Rosji i Ukrainy zostały umieszczone w szeregach publikacyj, wydanych przez Sekretarjat, i zostały przedstawione Konferencji.

W ciągu stycznia br. stwierdzono na zasadzie danych powyższych, że stan epidemij w Europie wschodniej przybiera rozmiary groźne, głód w Rosji ogarnął nowe dzielnice, a z nim epidemje przybrały rozmiary, przeciwko którym obrona sanitarna Polski okazała się ponownie niewystarczającą, i Sekretarjat Ligi Narodów złożył wszystkim państwom, należącym do Ligi, raport wskazujący na niebezpieczeństwo epidemij, zagrażające Europie Wschodniej. Po otrzymaniu raportu Rząd Polski zwrócił się do Przewodniczącego Rady Ligi Narodów o zwołanie najszybsze Europejskiej Konferencji Technicznej dla zbadania stanu i środków, które powinny być podjęte dla powstrzymania rozwoju choroby oraz konieczności podjęcia walki w samem ognisku epidemji. Rada wezwała Rząd Polski do zwołania Konferencji, oddając jednocześnie ze względu na charakter Konferencji do rozporządzenia Rządu Polskiego usługi organizacji technicznej Ligi Narodów i wskazując Dyrektora Sekcji Higjeny Ligi, Dr. Ludwika Rajchmana, jako łącznika pomiędzy Ligą Narodów i Rządem polskim. Rząd Polski zaprosił do Warszawy wszystkie Państwa Europejskie do wzięcia udziału w Konferencji, której termin oznaczono na 20 marca br. Następujące Państwa przyjęły zaproszenie i wydelegowały swych przedstawicieli na Konferencję. Przytaczamy je w porządku alfabetycznym w języku francuskim, który, jako język dyplomatyczny, był urzędowym językiem Konferencji, a więc Niemcy, Austrja, Belgja, Bułgarja, Danja, Gdańsk, Hiszpanja, Estonja, Finlandja, Francja, Anglja, Grecja. Węgry, Włochy, Japonja, Łotwa, Litwa, Norwegja, Holandja, Polska, Rumunja, Rosja i Ukraina, Państwo Serbsko-Kroacko-Słoweńskie, Szwecja, Szwajcarja, Czecho-Słowacja Turcja. Litwini uczestniczyli w Konferencji w charakterze delegatów Litewskiego Czerwonego Krzyża, delegat Gdańska, który początkowo zasiadał pomiędzy delegatami Państw samodzielnych, na mocy postanowienia Komisji sprawdzającej mandaty na posiedzeniu końcowem zasiadał w szeregu delegatów Polski, jako jej doradca techniczny.

Miejscem obrad Konferencji był Pałac Prezydjum Rady Ministrów, t. zw. Pałac Namiestnikowski, dawniej Pałac Radziwiłłowski. Otworzył zebranie w wielkiej sali Pałacu Minister Spraw Zagranicznych Skirmunt, przedstawiając w treściwym zarysie przebieg historyczny usiłowań wytworzenia międzynarodowej pomocniczej akcji przeciwepidemicznej, podany powyżej, i zaproponował zebranym wybór przewodniczącego. Na propozycję delegata Włoch, Dr. Messea, powołano jednomyślnie przez aklamację Dr. Chodźkę, Ministra Zdrowia Publicznego i Przewodniczącego Delegacji Polskiej, do przewodniczenia Konferencji. Na Sekretarza generalnego Konferencji wybrano Dr. Ludwika Rajchmana.

Dr. Chodźko, dziękując za zaszczyt wyboru, w dłuższem przemówieniu zobrazował cele i zadania Konferencji i zaproponował utworzenie trzech Komisyj, które zbadałyby szczegółowo zagadnienia, stojące przed Konferencją. Propozycję przyjęto. Wybrano: Komisję pierwszą, mającą na celu zbadanie stanu epidemicznego Estonji, Łotwy, Litwy, Polski, Rumunji, Rosji, Turcji i Ukrainy na podstawie raportów, złożonych przez przedstawicieli tych krajów, której przewodniczenie objął pułkownik Sydney Price James, delegat angielski, a zastępcami przewodniczącego byli prof. Cantacuzène (Rumunja) i Dr. Kulhawy (Czecho-Słowacja). Pułkownik James był jednocześnie referentem tej Komisji.

Komisję drugą, której zadanie polegało na zbadaniu środków praktycznego współdziałania, które powinno być podjęte przez państwa ościenne w celu wzajemnego powiadamiania o biegu epidemij i zgodnego podejmowania środków przeciw rozszerzaniu się epidemji. Przewodniczącym tej Komisji był przedstawiciel Niemiec, dr. Frey, a jego zastępcami Dr. Stampar (Serbo-Kroato-Słowacja) i Dr. Van Boeckel (Belgja). Referentem Komisji był Dr. Kolinsky (Czechy).

Wreszcie Komisję trzecią, której przewodniczył delegat włoski, Dr. Messea, a jego zastępcami byli Dr. Kalina (Rosja) i Dr. Naeslund (Szwecja); miała ona na celu wypracowanie programu szczegółowego obrony sanitarnej w pasach pogranicznych państw graniczących z Rosją i Ukrainą, a także planu działania

bezpośredniego w celu zwalczenia epidemij w ogniskach ich powstania.

Prezydjum Konferencji, w którego skład wchodzili: Dr. Chodźko (Polska), jako przewodniczący, Dr. Terburgh (Holandja), Dr. Cruveilhier (Francja), Dr. Groenlund (Finlandja), jako zastępcy przewodniczącego oraz podani powyżej wszyscy prezesi i wiceprezesi trzech Komisyj, wobec rozmiarów zadań, jakie spadały na trzecią Komisję, powołało Podkomisję pod przewodnictwem Posła Maxy (Czecho-Słowacja) dla ściślejszego przestudjowania programów, przedstawionych przez oddzielne kraje. Prof. Otto (Niemcy), prof. Maggiora (Włochy) przy pomocy Dr. Haigh'a, przedstawiciela organizacji Stowarzyszenia Przyjaciół (Kwakrów), pracującego w Rosji i na Ukrainie, oraz Dr. Sysina i Kaliny (Rosja) i Dr. Chołodnego (Ukraina) zbadali projekty rosyjski i ukraiński. Prof. Cantacuzene (Rumunja) i pułk. Gauthier (Liga Narodów) zbadali program polski. Prof. Otto (Niemcy) i Dr. Mutermilch (Liga Narodów) zbadali projekt litewski; Dr. Sztolcman (Polska) — projekt litewski i estoński. Prof. Cantacuzène przedstawił plan ewentualnej akcji w Rumunji. Wyniki prac podkomisji zostały poddane badaniu dokonanemu przez podanych powyżej ekspertów przy współudziale pułk. Jame'a (Wielka Brytanja) i prof. Castellani (Włochy). Niezależnie od powyższych Poseł Maxa, przewodniczący Delegacji Czeskiej, przygotował projekt, w którym przedstawił zasady, któremi powinna się kierować wszelka akcja międzynarodowa w okolicach zagrożonych, i wskazał organizację, której powinno być przekazane wykonanie uchwał wypracowanych na Konferencji Warszawskiej.

Punktem wyjścia prac pierwszej komisji był obszerny, szczegółowy i wyczerpujący referat Dr. L. Rajchmana, Sekretarza generalnego Konferencji i Dyrektora Sekcji Higjeny Sekretarjatu Ligi Narodów, przedstawiony na pierwszem posiedzeniu Komisji, któremu nadano charakter posiedzenia plenarnego. Na zasadzie dokładnego przestudjowania materjału, posiadanego przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów, na zasadzie raportów delegatów polskich, rosyjskich, czesko-słowackich, estońskich, łotewskich, litewskich i rumuńskich, uzupełnień, szczególnie cennych, przedłożonych przez Dr. Haigh'a i prof. Muhlensa, którzy badali stosunki rosyjskie i ukraińskie na miejscu, na podstawie bardzo ścisłych danych dostarczonych przez delegatów Polski i Rumunji, pierwsza Komisja mogła już 22 marca przedłożyć projekt następującej rezolucji, przyjętej jednomyślnie przez zebranych: „Europejska Konferencja Sanitarna zebrana w Warszawie w czasie od 20—28 marca 1922 r. po wysłuchaniu raportu Sekcji Higjeny Ligi Narodów, raportów delegatów różnych państw, po zwiedzeniu stacyj kwarantannowych, szpitali i innych urządzeń przeciwepidemicznych w pasie przyfrontowym polsko-rosyjskim, Komisja dochodzi jednomyślnie do wniosków następujących:

1. Stan, w którym Europa Wschodnia znalazła się podczas wojny wielko-światowej i po wojnie, w dużej mierze przyczynił się do rozwoju niebezpiecznych epidemij, a w szczególności epidemij przenoszonych przez owady, jak dur osutkowy i powrotny, lub przez pożywienie i wodę, jak cholera dur brzuszny, czerwonka albo inne choroby zakaźne, jak ospa. Przypadki duru osutkowego, które wynosiły w Rosji przed wojną do 90.000 rocznie, a duru powrotnego do 30.000, wzrosły według danych urzędowych 1920 r. do 3 000 000 dla pierwszego, a 1.000.000 dla drugiego. Podobny wzrost można stwierdzić w Polsce w innych krajach Europy Wschodniej.

2. Państwa dotknięte epidemjami zorganizowały starannie i zastosowały system nadzoru i ochrony pomimo wielkich trudności ekonomicznych i społecznych, a ich wysiłki sprowadziły znaczną naprawę stosunków pod tym względem w ciągu pierwszych dziewięciu miesięcy 1921 r. Liczba przypadków duru powrotnego, która wynosiła w Polsce w roku 1920 157 000, spadła w r. 1921 do 48.000, w Rosji z 3,000.000 do 600.000, a w Rumunji z 45.855 do 4.834.

3. Lecz niestety, ku końcowi 1921 r. wskutek nowego zbiegu nieprzyjaznych okoliczności, wywołanych przez głód, wędrówkę, ludzi i repartrjację, środki podjęte dla walki z epidemjami okazały się niewystarczającemi i wynikło nagłe i gwałtowne nasilenie durów osutkowego i powrotnego, któremu towarzyszyła epidemja cholery. Po wysłuchaniu odpowiedzialnych komisarzy, powracających z okolic zakażonych nad Wołgą, na Ukrainie i na pobrzeżu Morza Czarnego, Konferencja jest przekonana, że nasilenie i rozszerzenie się cholery na Ukrainie i wędrowanie na Zachód wielkich mas ludzkich, przychodzących z tych terytorjów i z innych okolic, stanowi niebezpieczeństwo bezpośrednie dla pozostałej Europy. Nieprzyjazne okoliczności, wędrowanie z okolic nawiedzonych głodem oraz epidemje rosną gwałtownie: sytuacja staje się z dnia na dzień coraz groźniejszą.

4. Z tych względów, a także zważywszy przyczyny, które spowodowały w Europie Wschodniej nasilenie i rozrost cholery i innych niebezpiecznych epidemij i w dalszym ciągu powodują niebezpieczeństwo w stopniu wzmożonym, Konferencja wypowiada przekonanie, że jest rzeczą konieczną zdwojenie wysiłków w czasie najkrótszym, jeśli się chce uniknąć, ażeby stan epidemiczny obecny nie przyczynił jeszcze więcej cierpień i skonów pośród ludności okolic zakażonych, nie przeszkodził odbudowie, nie stawiał przeszkód handlowi i nie tworzył niebezpieczeństwa poważnego i groźnego dla całego kontynentu europejskiego.

5. Konferencja pragnie również stwierdzić z naciskiem, że trudności położenia obecnego powiększa jeszcze brak lekarzy i personelu pomocniczego, wywołany częściowo przez spustoszenie, jakie spowodowały choroby i skony tych, co tak chwalebnie po święcili życie tej walce ze śmiercią".

Komisja druga na szeregu posiedzeń opracowała zasady, na których powinny być zbudowane umowy sanitarne pomiędzy granicznemi państwami. Wszyscy członkowie zgodzili się, że należy zmodyfikować w umowach oddzielnych pewne postanowienia paryskiej Konwencji Sanitarnej i że należy przyjąć i zastosować kilka typów umów, albowiem środki, które zastosować należy pomiędzy Rosją i Ukrainą z jednej strony, a państwami granicznemi z drugiej strony, różnią się bardzo od środków, które uależałoby podjąć pomiędzy Polską z jednej strony, a Niemcami i Czecho-Słowacją z drugiej strony, kiedy natomiast stosunki sanitarne pomiędzy dwoma takiemi krajami, jak Czecho-słowacja i Niemcy, wymagają umów jeszcze innego typu.

Komisja zastała już gotowy projekt umowy pomiędzy Polską a Rosją, Ukrainą i Białorusią i poddała projekt rozważeniu, jako typ pierwszy umów. Zbadała również projekt przygotowany przez delegację łotewską i estońską jako podstawę Konwencji, mającej być zawartą pomiędzy temi krajami a Polską. Poddała dalej obszernej dyskusji projekt wstępnej umowy sanitarnej, przygotowany przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów. Delegaci Państw zainteresowanych w zawarciu częściowych umów tego rodzaju uznali konieczność możliwie najszybszego urzeczywistnienia tych projektów. Zgodnie z tem nawiązano bezzwłocznie rokowania pomiędzy Polską i Czecho-Słowacją pomiędzy Polską, Rosją, Białorusią Ukrainą, a także pomiędzy Polską i Łotwą, pomiędzy Rosją i Łotwą. Jest rzeczą najzupełniej oczywistą, że w tej dziedzinie Konferencja dokonała czynu pożyteczności bezpośredniej.

Komisja trzecia miała za zadanie przedstawienie planu walki przeciwepidemicznej na terenach zakażonych. Po wysłuchaniu wszystkich delegatów stron zainteresowanych, po zapoznaniu się z danemi dostarczonemi przez komisarzy epidemicznych, Komisja zbadała stan ochrony sanitarnej w krajach graniczących z Rosją, Białorusią i Ukrainą. Podkomisje, wyznaczone przez Przewodniczącego trzeciej Komisji, bardzo starannie przeprowszdiły swe prace i ujęły wyniki we wnioskach ustalonych.

Rozważania Komisji pierwszej wykazały niebezpieczeństwo, grożące nietylko krajom granicznym z krajami dotkniętemi epidemjami, lecz także grożące pośrednio innym krajom Europy. Niebezpieczeństwo cholery uznano za szczególnie groźne.

Pozatem Komisja uznała, że odbudowa ekonomiczna Europy jest ściśle związana z powodzeniem w walce z epidemjami w Europie Wschodniej. Uznała, że polityka wyłącznie obronna nie daje gwarancji dostatecznej i że należy przejść do ataku na epidemje w samych ich ogniskach. Komisja ujęła wyniki swych prac w postaci następującego raportu, złożonego na posiedzeniu plenarnem 27 marca 1922 r.:

Odnośnie zasad, na których powinna być oparta działalność przeciwepidemiczna, Konferencja zbadała starannie dwie drogi postępowania: I. Drogę obrony, polegającą na wzmocnieniu i uzupełnieniu zarządzeń, podjętych obecnie przeciwko epidemjom na wewnątrz od granic Rosji, Białejrusi i Ukrainy i zachodnich krajów ościennych. W myśl zdania Konferencji minimum dezyderatów pod tym względem stanowiłoby: a) ulepszenie i uzupełnienie zarządzeń, stosowanych obecnie w Siebieżu, Połocku, Mińsku, Homlu i Szepietówce, a) to samo w rosyjskich portach południowych, w szczególności w Odesie, Nikołajewie, Chersoniu i Rostowie, c) to samo w Finlandji, Estonji, Łotwie, Litwie, Polsce, Rumunji. II. Drogę postępowania, łączącą wzmocnienie organizacyj obronnych na wewnątrz pasa granicznego i obszernych środków, które powinny być zastosowane w Rosji i na Ukrainie, a które stanowiłyby: a) na wewnątrz pasa granicznego: wszystkie zarządzenia, wyliczone powyżej przy omawianiu pierwszej drogi postępowania, b) wewnątrz Rosji i Ukrainy; wzmocnienie organizacyj sanitarnych w kolejowych punktach węzłowych i w innych miejscach ważnych ze względu na epidemję, w pierwszym rzędzie w Smoleńsku, Kijowie, Charkowie, Odesie i w innych punktach pasa, dotkniętego cholerą na Ukrainie, c) wzmocnienie urządzeń higjenicznych w Rosji i na Ukrainie, które posiadają zasadnicze znaczenie ze stanowiska potrzeb walki przeciwepidemicznej.

O ile rzecz dotyczy metody działania, którą należałoby polecić, to Konferencja nie omieszkała wziąć pod uwagę faktu rozmiarów programu i związanych z jego wykonaniem kosztów nawet w razie ograniczenia go do państw, graniczących z Rosją, niemniej przeto Konferencja sądzi, że kampanja ograniczona do tych krajów i do pasa pogranicznego nie dałaby wyników zadawalniających. Konferencja jest przekonana, że nietylko rozbudowa Rosji nie może nastąpić, dopóki epidemje będą w niej panowały w dalszym ciągu, lecz, że stała groźba rozpowszechnienia epidemij tworzy dla krajów sąsiednich poważną przeszkodę ich odbudowy.

Wobec faktu, że do epidemji durów osutkowego i powrotnego ostatnio przyłączyła się epidemja cholery, rozwijająca się gwałtownie na Ukrainie i w Rosji, żaden projekt odbudowy ekonomicznej tych krajów nie może być urzeczywistniony, zanim nie nastąpi gruntowna naprawa stosunków sanitarnych. W ten sposób niebezpieczeństwo ciągle istniejące klęsk tego rodzaju wpływałoby w sposób bardzo ujemny na wszelkie usiłowania podjęcia stosunków handlowych i obezwładniałoby w szerokim zakresie wszelką działalność. Pozatem Konferencja, oceniając, według słusznej wartości, dzieło dokonane w warunkach szczególnej trudności przez pomoc sanitarną Sowietów, jest głęboko porusz ona

rozmiarem cierpień i śmiertelności w Rosji. Z drugiej strony stwierdza, że obrona w krajach pogranicznych, a w szczególności w Polsce, jest obecnie zorganizowana w sposób skuteczny (est actuellement organisée d'une façon efficace), a pomoc sanitarna o rzeczywistej kompetencji (les services sanitaires étant d'une réelle compétence). Względy powyższe zdecydowały Konferencję do zastosowania planu podwójnej walki z epidemjami, łącząc obronę na granicach z atakiem bezpośrednim na źródła chorób we wnętrzu Rosji. Zważywszy ścisły związek, istniejący pomiędzy epidemjami i głodem, Konferencja stwierdza, że zarządzenia higjeniczne same w sobie nie wystarczą i wzywa wszystkie kraje do wspomagania akcji niesienia pomocy głodnym.

Komisja również przyjęła do wiadomości szereg raportów, określających dokładnie potrzebne materjały i wymagane środki pieniężne, które pozwoliłyby podjąć zastosowanie zarządzeń sanitarnych na terenach Europy Wschodniej. Raporty stworzą podstawę obliczenia ostatecznego wydatków, które trzeba będzie ponieść w celu urzeczywistnienia programu Konferencji.

Wreszcie Komisja, wobec konieczności powiększenia składu personelu lekarskiego i personelu pomocniczego przeciwepidemicznego, na wniosek delegata włoskiego, profesora Aldo Castellani, zaleciła tworzenie kursów uzupełniających w zakresie walki z epidemjami w odpowiednich ośrodkach krajów zainteresowanych np. w Warszawie, Charkowie, Moskwie. Należałoby powołać do współpracy z personelem wykładającym biegłych w zakresie higjeny publicznej z różnych krajów i stworzyć wystawy stałe środków i narzędzi stosowanych w walce z epidemjami, wogóle całego materjału, związanego ze spełnieniem tego zadania.

Komisja, wychodząc z założenia, że nie jest rzeczą pożyteczną przedstawianie raportu technicznego bez wskazania środków, przy których pomocy plan mógłby być urzeczywistniony, ograniczyła się do zalecenia pewnych zasad działania, ustalenia warunków urzeczywistnienia oraz wskazania organizacji, która umożliwiałaby doprowadzenie do skutku tego wielkiego wysiłku międzynarodowego. Na tej zasadzie trzecia Komisja podjęła na posiedzeniu w dniu 27 marca rezolucję następującą, którą przedstawiła do zatwierdzenia na Konferencję:

1. Konferencja, wychodząc z założenia, że stan sanitarny w Europie jest bardzo groźny, uważa, że walka z epidemjami wymaga wysiłków bardzo znacznych, których nie mogą podjąć same tylko głównie zainteresowane kraje.

2. Wszystkie Rządy Europejskie zobowiązują się uczestniczyć czynnie w walce z epidemjami, panującemi w Europie Wschodniej.

3. Podział wydatków, przypadających na państwa, należące do Ligi Narodów, zostanie dokonany według wskaźnika, przyjętego przez drugie zgromadzenie Ligi Narodów.

4. Państwa pozostałe będą wezwane do uczestnictwa w wydatkach na podstawie podobnej.

5. Państwa, prowadzące na swych obszarach walkę z epidemjami własnemi środkami, będą miały prawo odjąć od sumy, przypadającej na nie, sumę wydatkowaną na walkę przeciwepidemiczną na obszarze własnym.

6. Uczestnictwo w wydatkach może wyrażać się w pieniądzach, materjale i personelu.

7. Wykonanie prac lub stosowanie środków przyjętych należy wyłącznie do urzędów sanitarnych zainteresowanego Rządu.

8. Wykonanie uchwał powziętych na Europejskiej Konferencji Sanitarnej w Warszawie zostaje zlecone organizacji higjeny Ligi Narodów.

W wypadku, jeżeli państwa europejskie za pośrednictwem Komisji przeciwepidemicznej Ligi Narodów udzielą pomocy w pieniądzach lub innej postaci któremukolwiek z krajów zainteresowanych, użyczą funduszów lub materjałów, pomoc przyznana poddana zostanie kontroli tej organizacji.

Konferencja nastaje na konieczność dopuszczenia państw, nie należących do Ligi Narodów, do uczestnictwa w przedstawicielstwie w tej organizacji.

Siedm punktów rezolucji powyższej zostało przyjętych jednomyślnie. Punkt 8-my w zarządzonem głosowaniu imiennem został przyjęty przez wszystkich delegatów z wyjątkiem delegatów Rosji i Ukrainy, którzy zgłosili poprawkę następującą: „Wykonanie rezolucji Europejskiej Konferencji Sanitarnej w Warszawie, jak również wykonanie rezolucyj, dotyczących zarządzeń, które mogą okazać się niezbędne w przyszłości, będzie poruczone specjalnej Komisji Międzynarodowej. Wszystkie państwa będą miały w tej Komisji swych przedstawicieli, posiadających równe z innymi prawa. Komisja ta będzie miała prawo wykonywania nadzoru nad użyciem funduszów i materjału, dostarczonych za jej pośrednictwem". Konferencja uznała zgłoszoną poprawkę jako votum separatum mniejszości i postanowiła dołączyć ją w tym charakterze do swego sprawozdania. Należy oprócz tego zaznaczyć, że delegaci Rosji i Ukrainy powstrzymali się od głosowania co do trzeciego punktu rezolucji, dotyczącego podziału wydatków zgodnie z wskaźnikiem, ustalonym przez Ligę Narodów.

Raport o pracach Konferencji, zawierający treściwy wykład motywów i ścisły tekst zaleceń, zostanie przez przewodniczącego Konferencji złożony Radzie Ligi Narodów, która już postanowiła przedłożyć Konferencji Genueńskiej, jako wniosek nagły, sprawę powzięcia uchwały natychmiastowej przez upełnomocnionych delegatów, zebranych na tej Konferencji.

Delegatami Rządu Polskiego na Konferencję byli: Minister Zdrowia Publicznego, Dr. Chodźko, jako przewodniczący, oraz Dr. Sztolcman, Kierownik Nadzwyczajnego Naczelnego Komisarjatu do walki z epidemjami, Dr. Trenkner, pełnomocnik Rządu do przeprowadzenia Konwencji Sanitarnej z Rosją i Ukrainą Sowiecką, poseł Dr. Rottermund przewodniczący Sejmowej Komisji Lekarskiej, prof. Godlewski oraz Dr. Świętochowski, Naczelny Lekarz kolei. Ekspertami — prof. Nitsch, prof. Dzierzgowski, poseł Wł. Grabski oraz Dr. Stade, delegat W. M. Gdańska. Zasadniczą częścią składową programu Konferencji było zwiedzenie pasa granicznego z obu stron frontu przeciwepidemicznego. Delegaci mieli zwiedzić kolejno Baranowicze oraz szereg miejscowości, położonych po stronie rosyjskiej. Ponieważ do 21. marca Rząd Sowietów nie udzielił pozwolenia na zwiedzenie zagrożonych terenów rosyjskich, w ostatniej chwili trzeba było zmienić marszrutę wycieczki i ograniczyć się wyłącznie do zwiedzenia urządzeń sanitarnych i repatrjacyjnych na terenach zagrożonych w obrębie granic polskich. Cała delegacja z wyjątkiem kilku osób, które nie mogły wziąć udziału w wycieczce, zwiedziła Baranowicze, Stołbce, dojechała do Kołosowa na samej granicy rosyjskiej, przyjechała następnie do Wilna, stamtąd do Smorgoń, gdzie oglądała doszczętnie zrujnowane miasto, które w czasie ofenzywy niemieckiej znalazło się pomiędzy dwiema linjami frontu, a gdzie ludność zmniejszona do jednej dziesiątej poprzedniego liczbowego składu z konieczności gnieździ się w piwnicach pod gruzami rozwalonych domów oraz w okopach, opuszczonych przez Niemców w 1918 roku. Zwiedzono następnie Wołkowysk, ośrodek najbardziej wyludnionego okręgu podczas wojny — ze 120.000 liczby mieszkańców wysiedlono 60.000 — którym najżywiej odbywa się repatrjacja: z 60.000 wysiedlonych połowa już wróciła do swych ognisk, i Białystok, stanowiący drugą linję repatrjacyjną, dokąd przychodzą repatrjanci, którzy przeszli Baranowicze i stąd wracają do domów. Wrażenie wyniesione przez delegatów z inspekcji naszych urządzeń sanitarnych i repatrjacyjnych najlepiej ujmuje ustęp raportu urzędowego Konferencji, który charakteryzuje te urządzenia jako zorganizowane w sposób skuteczny, a udzielaną opiekę sanitarną, jako pomoc o rzeczywistej kompetencji.

Delegacja w komplecie zwiedziła w Warszawie Instytut Epidemjologiczny i Dezynfekcyjną Kamerę Cjanową kolejową, a grupami szpitale; Św. Stanisława i dziecięcy im. Karola i Marji oraz urządzenia wodociągowe.

Na cześć delegatów Konferencji wydali przyjęcia: Minister Spraw Zagranicznych (informal tea party), Prezydent Rady Ministrów raut z udziałem pianisty Śliwińskiego, Minister Zdrowia Publicznego (śniadanie), Warsz. Tow. Lekarskie.

Naczelnik Państwa po zamknięciu obrad Konferencji przyjął delegatów w Belwederze na popołudniowej herbacie.

W pierwszym dniu Konferencji delegaci byli wieczorem w Teatrze Wielkim na balecie „Pan Twardowski".

W miejscu obrad Konferencji było czynne specjalnie urządzone dla obsługi delegatów i prasy biuro pocztowo-telegraficzne.

Ministerstwo Poczt i Telegrafów ofiarowało delegatom upominek w postaci pełnej kolekcji marek polskich.

Reasumując wyniki Konferencji, stwierdzić należy, że poza skutkami bezpośredniemi, które przynieść może i powinna Konferencja w postaci pomocy udzielonej na potrzeby walki z epidemjami, nie małą korzyść polityczną przyniesie fakt, że była to pierwsza Konferencja Międzynarodowa w Warszawie, złożona z przedstawicieli prawie wszystkich państw europejskich, że była ona pewnego rodzaju próbą generalną Konferencji Genueńskiej, stwierdzającą, że pokój między narodami zapanował już o tyle, że delegaci państw, które do niedawna walczyły ze sobą najzacieklej, mogą już obecnie usiąść przy jednym stole i obradować łącznie, a w dodatku była próbą udaną całkowicie. Takie wrażenie odnieśli wszyscy uczestnicy Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej w Warszawie. *r. r.*

Sprawy zawodowe.

Z powodu odezwy Wydziału Związku lekarzy Małopolski w Krakowie.

Odezwa Związku lekarzy Małopolski w sprawie pożądanego udziału członków Wydziałów lekarskich Krakowskiej i Lwowskiej Wszechnicy w pracach i dążeniach Związku w obronie bytu lekarzy (Pol. G. lek. Nr. 12 i 13) nasunęła Zarządowi Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie różne refleksje.

Uznając słuszność wywodów pomienionej odezwy Zarząd Stow. lek. pol przypomina, że w chwili, gdy ustawy lekarskie oraz ustawa o kasach chorych miały stanowić przedmiot uchwał sejmowych, Zarząd stow. lek. pol. w Warszawie zwołał konferencję przedstawicieli wszystkich zrzeszeń lekarskich w Polsce; na tej konferencji tendencje upaństwowienia lekarzy i zgubne tegoż skutki zostały szeroko omówione, a postulaty konferencji podane do powszechnej wiadomości kolegów. (Gaz lek. Nr. 19 rok 1919).

Stojąc na gruncie uchwał pomienionej konferencji Stowarzyszenie stale broniło poglądów, wskazujących upadek stanu lekarskiego, jako konsekwencję reform lecznictwa w Polsce na gruncie ustawy w kasach chorych.

Słusznem wydaje nam się nawoływanie Związku lekarzy Małopolskich o niwelowanie kastowości wśród stanu lekarskiego

i dążenie do tego, aby każdy lekarz bez względu na to, czy zajmuje, czy nie, stanowisko urzędowe naukowe, czuł się członkiem stanu lekarskiego i dzielił z nim wszystkie jego cele i troski: z drugiej znów strony nasuwa nam się myśl, że Wydziały lekarskie, jako ciała zbiorowe tych przedstawicieli lekarskich, którzy głównie i przedewszystkiem wysoki poziom nauki lekarskiej w Ojczyźnie naszej mieć powinni na widoku, w pierwszym rzędzie powołane są do tego, aby zabrały głos w sprawie tak ważnej, jak ustawa o kasach chorych i jej następstwa. Bynajmniej nie stanowi to szkopułu, że ustawa już obowiązuje i działa, powiedzmy szczerze, musimy dążyć do zmiany tej ustawy — bo już nie interesy stanu, ale dobro Ojczyzny daje ku temu nakaz. Czas, ażeby interesy partyjne ustąpiły miejsca istotnym potrzebom ludności i stanów, powołanych do spełnienia swoich zadań.

Głos przedstawicieli nauki w rzędzie innych czynników może się bardzo przyczynić do wznowiania może w przyszłym Sejmie tej sprawy.

Zarząd Stow. lek. pol. w Warszawie.

Związek Lekarzy Małopolski w Krakowie.

Protokół 207 posiedzenia Wydziału z dnia 18. III. 1922.

Przewodniczy Dr. Cercha, pisze Dr. Kostecki. Obecni: Prezydent Izby Lekarskiej w Krakowie Dr. Strzemieński, oraz 7 członków. 1. Przewodniczący wita kol. Dra Juljusza Piątkowskiego, mającego odtąd brać udział w posiedzeniach z ramienia Stowarzyszenia Stomatologów w Krakowie. 2. Uchwalono wysłać odpowiednie pismo go Spółki Żegiestowa Zdroju, która rzekomo w nieodpowiednim terminie wypowiedziała posadę lekarza zakładowego Drowi Michałowi Śliwińskiemu. 3. Ustalono warunki przystąpienia po Związku Lekarzy Państwa Polskiego w Warszawie, które osobiście na miejscu przedłoży Wydziałowi wykonawczemu przewodniczący Dr. Cercha (5. 4. 1922) 3. Omawiano sprawę wydawania osobnego pisma zawodowego. 4. W Strusowie grasuje partacz lekarski, niejaki Sebryn, podający się za rosyjskiego lekarza, a który nie jest obywatelem polskim. Zażalenie tamtejszego lekarza, członka Związku, na zgubną działalność partacza w kierunku społecznym, zawodowym i obywatelskim uchwalono skierować na razie do rozstrzygnięcia do Województwa w Tarnopolu. 5. Z wielu stron dochodzą od członków Kasy pogrzebowej propozycje i usilne nalegania co do podniesienia wkładki i stworzenia z Kasy pogrzebowej instytucji w całem słowa znaczeniu asekuracyjnej. Wydział prosi wszystkich członków na tej drodze o jak najśpiesznijsze nadesłanie wniosków, obliczeń, względnie krótkiej odpowiedzi, czy godzą się, każdy z osobna, na wydatne podniesienie wkładki od 500 Mk wzwyż i czy zobowiązują się nadal opłacać regularnie wkładkę w razie jej podwyższenia przez najbliższe Walne Zgromadzenie.

Do Związku Lekarzy Małopolski przystąpili:

Dr. Hajdukiewiczowa Marja z Jarosławia, Dr. Okuljar Wacław z Milówki, Dr. Michalik Kazimierz z Bystrej na Śląsku, Dr. Then Stefan z Głogowa, Dr. Niemczewski Jan z Wadowic, Dr. Pawlas Eugeniusz z Tarnobrzega, Dr. Teodorowicz Tadeusz ze Lwowa, Dr. Jaworski Bolesław z Kołomyji, Dr. Jasiński Adam z Krosna, Dr. Kolasiński Alfons z Wielopola skrzyńskiego, Dr. Natter Wiktor z Frysztaka. Dr. Piaskiewicz Władysław z Kołomyji, Dr. Kowalewski Edmund z Myślenic, Dr. Piątkowski Juljusz, prof. Dr. Jaworski Walery, prof. Dr. Łazarski Józef, Dr. Brzezicki Eugeniusz, Dr. Drobniewicz Zygmunt, Dr. Friedeker Salomon, Dr. Schwarz Zygfryd z Krakowa, Dr. Fedak Wiktor z Jaworzna i Dr. Kozłowski Konrad z Dobczyc. Członków Związku 503.

Do Kasy pogrzebowej Związku Lekarzy Małopolski przystąpili:

Dr. Hajdukiewiczowa Marja, Dr. Okuljar Wacław, Dr Berezowski Tadeusz, Dr. Piątkowski Juljusz, Dr. Michalik Kazimierz, Dr. Teufel Salomon ze Strumienia na Śląsku, Dr. Then Stefan, Dr. Niemczewski Jan, Dr. Pawlas Eugeniusz, Dr. Teodorowicz Stanisław, Dr. Schwarz Zygfryd, Dr. Drobniewicz Zygmunt, Dr. Kozłowski Konrad, Dr. Mirtenbaum Leon, Dr. Tomczyk Stanisław, Dr. Tabor Bronisław, prof. Dr. Łepkowski Wincenty, Dr. Fedak Wiktor, Dr. Brzeziński Edmund, Dr. Brzezicki Eugeniusz, Dr. Ameisen Maurycy, Dr. Friedeker Salomon, Dr. Brand Leon, Dr. Bujniewicz Jakób i Dr. Pisarski Tadeusz. Członków kasy pogrzebowej 418.

Sekretarz: *Dr Kostecki*, Przewodniczący: *Dr. Cercha.*

Wiadomości bieżące.

Naczelnik Państwa postanowieniem z 1. kwietnia b. r. mianował Dra **Jerzego Bujalskiego** podsekretarzem Stanu w Ministerstwie zdrowia publicznego.

Kraków.

Zarząd Bibljoteki Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Prof. Dr. M. Rutkowskiemu z Krakowa za cenne roczniki, ofiarowane Bibljotece.

Ostrzeżenie! Związek Lekarzy Małopolski ostrzega kolegów przed ubieganiem się o posadę lekarza miejskiego lub okręgowego w Sokołowie pod Rzeszowem. Dotychczasowy lekarz miejski Dr. Tadeusz Mayzel pobierał miesięcznie pensję w kwocie tysiąca marek. Podanie jego o podwyższenie płacy pozostało bez odpowiedzi, wskutek czego podziękował za posadę. W dodatku znosi od szeregu miesięcy wiele przykrości ze strony Zwierzchności gminnej. Sokołów jest małą mieściną, w której dzisiaj z trudem może utrzymać się jeden lekarz — W Krakowie, 6. kwietnia 1922. *Dr. Cercha* przewodniczący, *Dr. Kostecki* sekretarz.

Z Towarzystwa Bibljoteki i Bratniej Pomocy Medyków U. Jag. otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie: Tow. Bibl i Br. Pom. Med. poleca na czas wakacji kolegów absolwentów jakoteż i młodszych, poszukujących zajęcia za odpowiednie wynagrodzenie, bądźto w lecznicach, w charakterze pomocników lekarzy, bądź w zakładach klimatycznych, jakoteż kolegów poszukujących lekcji, lub kondycji z zakresu gimnazjalnego na przeciąg wakacji. Uprasza się ze wszelkiemi żądaniami i zgłoszeniami zwracać do Tow. Bibl. i Br. Pom. Med. U. J. w Krakowie, Kopernika 23, I. p.

Lwów.

XIV. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek 21. kwietnia w Poliklinice. Porządek obrad: 1) kol. Mierzecki: Nowa reakcja barwna; 2) kol. Balej, Nowicki, Ostrowski, Steusing, Domaszewicz, Selzer Marcin, Progulski, Schramm: Trzecia część referatu zbiorowego o proteino- i kolloidoterapji; 3) kol. Fuchs: O gorączce wołyńskiej. *Franke* prezes, *Kmietowicz* sekretarz.

Z b. Kongresówki.

Warszawa.

Walne Zebranie Związku lekarzy Państwa Polskiego odbędzie się w d. 30. kwietnia r. b. w lokalu przy ul. Widok Nr. 23 w Warszawie, o godz. 9½ rano. Porządek dzienny: Sprawozdanie Zarządu, wybory, wnioski członków. — Wydział wykonawczy: prezes *Tadeusz Trzciński*, sekretarz *K. Wagner*.

Zarząd Siedleckiego Towarzystwa Lekarskiego zdecydował z rokiem bieżącym wznowić działalność Towarzystwa, zawieszoną od roku 1914. Okoliczności przez ten czas zmieniły się jednak tak zasadniczo, że Zarząd postanowił zmienić jednocześnie ustawę Towarzystwa, akceptowaną ongiś przez władzę zaborczą, i dlatego w myśl tej — bądź co bądź dotychczas obowiązującej ustawy (§ 32) — zwołuje niniejszem zebranie członków Towarzystwa, mieszkających obecnie w powiatach b. guberni Siedleckiej w pierwszym terminie — na dzień 18 marca b. r., a w razie przybycia niedostatecznej ilości członków (przynajmniej ½) — w drugim terminie. na dzień 26 marca br. na godz. 8 wieczorem w mieszkaniu kol. E. Wiszniewskiego (Długa 40). Porządek dzienny zebrania obejmować będzie: 1. Wybór przewodniczącego zebraniu; 2. Sprawozdanie (ustne) dotychczasowego Zarządu; 3. Zmianę dotychczasowej ustawy według projektu przedstawionego przez Zarząd; 4. Wybory nowego Zarządu; 5. Kwestje: a) wysokości składek rocznych, b) terminów zebrań, c) biblioteki i lokalu; 6. Odczyt kol. Wiszniewskiego: „Obrona macierzyństwa w prawodawstwie polskiem i europejskiem". Zarząd Towarzystwa: J. Szawelski — prezes, A. Jarosiński — wiceprezes, J. Maluszycki — skarbnik, T. Wiszniewski — czł. zarządu, St. Wąsowski — sekr.

Z Małopolski.

Staraniem Towarzystwa „Odrodzenie" w Zakopanem otwarty został tamże w willi „Oksza" przy ul. Zamojskiego „Dom profilaktyczny" dla niezamożnej młodzieży męskiej uczącej się oraz wszelkich zawodów, od lat 14. Zakład ten przyjmuje następujące grupy: 1) młodzież, wyczerpaną nauką lub pracą zawodową, 2) ozdrowieńców, 3) chorych ze zmianami tylko gruczołowemi. Zgłoszenia przyjmuje Zarząd Towarzystwa „Odrodzenie" w Zakopanem.

KONKURS.

L. Pr. 679/II
2
Warszawa, dnia 29. marca 1922 r.

W powiecie błońskim jest do obsadzenia posada lekarza powiatowego z poborami VII (siódmego) stopnia służbowego urzędników państwowych wraz z odnośnemi dodatkami drożyźnianemi ze stałą siedzibą urzędową przy Starostwie w Grodzisku.

Podania należy wnosić do Wydziału Prezydjalnego Urzędu Wojewódzkiego do dnia 30. kwietnia r. b. dołączając do podania:

a) dokładny życiorys,
b) metrykę urodzenia,
c) świadectwa z ukończonych studjów lekarskich,
d) świadectwa z odbytej praktyki lub ze służby poprzedniej,
e) dowód obywatelstwa polskiego,
f) świadectwo zdrowia, wystawione przez lekarza państwowego.

Posada powyższa zostanie nadaną na razie prowizorycznie.

Wojewoda:
w z. *Bilski*, w. r.